

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI CRITIQUE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
À LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. SC.)

PAR
GENEVIÈVE DION

PRÉVENIR LA LOMBALGIE CHRONIQUE PAR L'AUTO-PRISE EN
CHARGE : ÉTUDE EXPLORATOIRE DES MODALITÉS
D'INTERVENTION PROBANTES

AOÛT 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Introduction : La lombalgie s'avère une affection fréquente en soins de santé primaires puisqu'elle touche près de 80 % des adultes au moins une fois au cours de leur vie. Un certain nombre d'individus (20 %) souffrant de lombalgie chronique vit au quotidien avec les impacts de ce trouble. Leur environnement social et les institutions s'en trouvent également affectés. **Problématique :** Les services actuels pour cette clientèle sont plutôt orientés vers la guérison de la blessure au détriment de la prévention de la lombalgie chronique en phase aiguë. Or, il apparaît que favoriser l'auto-prise en charge du client constitue une avenue prometteuse pour prévenir le développement de la chronicité de la lombalgie. **Objectifs :** Le présent essai critique a pour but d'explorer les modalités d'intervention probantes permettant de soutenir les professionnels de la santé dans l'enseignement de l'auto-prise en charge auprès des individus souffrant d'une lombalgie aiguë. **Méthode :** Par une recension des écrits, les études proposant un programme d'enseignement de l'auto-prise en charge ont été répertoriées. **Résultats :** Les modalités d'interventions proposées sont des sites web, des enregistrements vidéo, des suivis téléphoniques et des livrets d'informations. **Discussion :** Une combinaison de ces modalités pourrait être incluse dans les services actuels afin de prévenir la chronicité de la lombalgie. **Conclusion :** Les ergothérapeutes pourraient grandement s'impliquer dans l'enseignement de l'auto-prise en charge auprès de cette clientèle considérant leur approche centrée sur le client.

Mots clés : Lombalgie aiguë, auto-prise en charge, ergothérapie, prévention, réadaptation;

Key word: Acute low back pain, self-management, occupational therapy, prevention, rehabilitation

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
REMERCIEMENTS	viii
1. Introduction	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	5
3. OBJECTIFS	11
4. CADRE CONCEPTUEL	12
5. MÉTHODE	16
5.1. Devis méthodologiques	16
5.2. Échantillon et collecte des documents	17
5.3. Analyse des données	18
6. RÉSULTATS	19
6.1. Identification des programmes d’auto-prise en charge	19
6.2. Classification des modalités d’intervention	19
6.2.1. Plate-forme web.	19
6.2.2. Enregistrement vidéo et suivi téléphonique.	22
6.2.3. Livret de promotion de l’auto-prise en charge.....	23
6.3. Identification des habiletés enseignées	24
7. DISCUSSION	26
7.1. Accessibilité des modalités pour le client	27

7.2. Applicabilité en soins de santé primaires	32
7.3. Efficacité des modalités d'intervention.....	34
7.4. Généralisation des résultats.....	38
7.5. Faisabilité clinique pour prévenir la lombalgie chronique.....	40
7.6. Pertinence clinique	41
7.7. Forces et limites de l'essai critique	44
8. CONCLUSION.....	46
RÉFÉRENCES	50
ANNEXE A	56
ANNEXE B.....	58
ANNEXE C.....	59
ANNEXE D	61
ANNEXE E	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description des habiletés à développer dans l'enseignement de l'auto- prise en charge.....	14
Tableau 2 : Identification des habiletés enseignées dans les programmes à l'étude.....	25
Tableau 3 : Facteurs de risque de chronicité de la lombalgie	56
Tableau 4 : Facteurs aggravants	57
Tableau 5 : Grille d'évaluation de la qualité des études – Essai randomisé	59
Tableau 6 : Évaluation de la qualité des études	61
Tableau 7 : Extraction des données.....	63

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association Canadienne des Ergothérapeutes
AETMIS	Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé
CHUQ	Centre Hospitalier Universitaire de Québec
CLIP	Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne
CSST	Commission de la santé et la sécurité au travail du Québec
EIACA	Enquête Internationale sur l'Alphabétisation et les Compétences des Adultes
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IRSST	Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail
MCRO-E	Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique
TAG	Trouble Anxieux Généralisé
TP	Trouble de la Personnalité
UETMIS	Unité d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé

REMERCIEMENTS

Au cours de cette belle aventure qu'a représenté la maîtrise en ergothérapie et la rédaction de mon essai critique, il s'est produit plusieurs événements engendrant toute sorte d'émotions. Or, cet accomplissement n'aurait pas été le même sans la présence de personnes significatives que je tiens à remercier.

D'abord, j'aimerais exprimer mes remerciements à ma directrice d'essai, Marie-Josée Drolet, pour m'avoir accompagnée au cours de ce processus. Je te remercie pour ton implication, tes idées créatives, ta générosité, ton support et, surtout, ta patience. Je te remercie également de réaliser ton métier avec autant de passion, ce qui est d'autant plus stimulant de travailler avec toi. Une professeure comme toi vaut chère pour ses étudiants!

J'aimerais aussi remercier ma grande sœur, Sandra, pour son dévouement lors de la rédaction de mon essai. Ta présence au cours de la dernière année s'est avérée inestimable! Merci pour ton temps précieux et tes commentaires judicieux. J'ai maintenant beaucoup plus de connaissances en structure de texte. Merci également pour ta solidarité lors de longs moments d'étude.

Merci aussi à mes parents, Johanne et Richard, pour vos encouragements tout au long de mes études. Merci Maman d'avoir accepté de lire cette quarantaine de pages!

Merci à mon copain, Guillaume, pour ton soutien constant et ton esprit enfantin. Ces rires partagés m'ont fait le plus grand bien à tout moment.

Enfin, je tiens à remercier Julie Lapalme, ergothérapeute et son équipe ainsi qu'Anick Sauvageau, ergothérapeute pour m'avoir fait découvrir cette clientèle et m'avoir aidée à préciser mon sujet d'essai critique.

1. INTRODUCTION

La douleur peut se définir comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion » (International Association for the Study of Pain [IASP], 2012). Puisqu'elle évoque une expérience unique et subjective à chaque individu, la douleur s'avère difficilement quantifiable à l'aide des examens médicaux et d'autres tests standardisés (Marchand, 2009, p. 128-160). Par conséquent, ce phénomène représente un défi de taille pour les professionnels de la santé qui interviennent auprès des clients vivant de la douleur (Marchand, 2009, p. 128-160). Il existe différents types de douleur, soit la douleur aiguë, subaiguë ou chronique (Bussières & Brual, 2001; Marchand, 2009, p. 21). La première correspond à une forte douleur provoquée par un tissu endommagé (maladie, blessure, intervention chirurgicale, etc.). D'une durée maximale de 30 jours, le corps l'utilise comme un signal d'alarme visant à réduire le mouvement ainsi qu'à permettre la guérison (Bussières & Brual, 2001; Marchand, 2009, p. 11-12).   la suite de cette période, une douleur subaiguë diminuant progressivement d'intensité se présente et caractérise normalement le stade de la guérison de la blessure ou de la blessure. Elle n'excède généralement pas trois à six mois, mais certains suggèrent qu'elle devrait être traitée comme une douleur chronique lorsqu'elle empêche un individu de reprendre ses activités (Bussières & Brual, 2001; Marchand, 2009, p. 11-12). Lorsque la douleur persiste au-delà du processus normal de guérison, il s'agit de douleur chronique qui se maintient alors sans cause apparente ni rôle de protection (Bussières & Brual, 2001; Marchand, 2009, p. 22). Plusieurs théories ont été

développées pour expliquer ce phénomène, mais il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus clair quant aux causes effectives de ce trouble (Marchand, 2009, p. 109-126).

La lombalgie, qui correspond à une douleur à la région lombaire, s'avère une problématique somme toute commune en soins de santé primaires (Grangaard, 2006, p. 1037). En effet, près de quatre adultes sur cinq vivront au moins un épisode de lombalgie au cours de leur existence et cette situation s'avère la principale cause des absences au travail chez les adultes âgés de 45 ans et moins (Grangaard, 2006, p. 1037). Selon la Commission de la santé et la sécurité au travail du Québec (CSST), la région lombaire se trouve également la plus touchée par les blessures professionnelles (60,2 %) et la blessure est majoritairement (75,9 %) de nature non spécifique, comme une entorse par exemple (2011, p. 8). Dans bien des cas, les travailleurs retournent à leur emploi à l'intérieur des deux semaines suivant l'incident (46,4 %) (CSST, 2011, p. 11). Cependant, environ un travailleur sur cinq (18,7 %) s'absente pour une période supérieure à 90 jours et demeure sujet aux rechutes (CSST, 2011, p. 11). Or, ces derniers développent souvent une lombalgie chronique.

En plus d'éprouver des sensations douloureuses au quotidien, les personnes atteintes de lombalgie chronique vivent avec des conséquences négatives sur leur vie quotidienne, leur qualité de vie et leur bien-être (Ramage-Morin & Gilmour, 2010, p. 6-7; Choinière & coll., 2010, p. 553-554; Guerrière & coll., 2010, p. 544). De fait, des proportions importantes de cette population souffrent parallèlement de troubles du

sommeil (67,8 %), d'anxiété (64,4 %), de dépression majeure (50 %) ou même d'idées suicidaires (34,6 %) (Guerrière & coll., 2010, p. 544). La douleur chronique entrave également la réalisation des activités sociales (63,9 %) ainsi que les relations avec l'entourage (47,5 %) (Guerrière & coll., 2010, p. 544).

Plus encore, la douleur chronique entraîne des impacts financiers importants à la fois chez l'individu et l'ensemble de la société. Que ce soit par l'incapacité à travailler, par la consommation de médication ou par l'utilisation fréquente des soins de santé, Guerrière et ses collègues rapportent que le montant moyen dépensé mensuellement pour la gestion de la douleur chronique est approximativement 1462 \$ canadien par personne (2010, p. 554).

Somme toute, la lombalgie chronique occasionne des dommages considérables tant pour les personnes souffrantes que pour leur famille et la société. Des questions se posent dès lors. Comment éviter que la lombalgie devienne chronique? Cette problématique peut-elle être évitée? Les interventions offertes par les professionnels en soins de santé primaires contribuent-elles à prévenir la chronicité de la lombalgie? Comment améliorer les pratiques actuelles dans le but de prévenir la chronicisation de la lombalgie?

Sommairement, le présent essai examine d'abord l'état actuel des soins offerts aux personnes susceptibles de développer une lombalgie chronique, de même que les

approches utilisées incluant l'analyse de leurs forces et de leurs limites. La section suivante amène l'objectif de l'essai, soit d'explorer les modalités alternatives afin de prévenir le développement de la chronicité de la lombalgie. Ensuite, le cadre conceptuel sur lequel cet essai se fonde est présenté. La cinquième section traite de la méthode préconisée afin d'explorer les modalités alternatives possibles. La section suivante présente les résultats de l'étude. Finalement, une discussion sur l'analyse des résultats et leurs retombées est élaborée. Enfin, une conclusion résume brièvement cet essai et présente une ouverture sur les pistes possibles de recherche dans ce domaine.

2. PROBLÉMATIQUE

Lors d'un accident de travail où l'employé ressent soudainement une douleur au niveau lombaire, sa responsabilité première consiste à consulter un médecin. Selon sa condition, celui-ci peut être référé à un professionnel de la santé afin de débiter un programme de réadaptation. Les professionnels de la santé les plus souvent appelés à intervenir auprès de la clientèle lombalgique en soins de santé primaires sont les physiothérapeutes (Chenot & coll. 2008, p. 282). Ceux-ci, par leur formation, utilisent principalement une approche biomédicale, centrée sur la blessure, lorsqu'ils abordent la problématique de la lombalgie (Côté, 2008, p. 133). Bien que la majorité des travailleurs retournent à leur emploi dans les délais habituels, soit avant quatre semaines, certains individus (1/5) ne répondent pas tel qu'espéré à ces interventions et s'absentent de leur travail de façon prolongée (CSST, 2011, p. 11).

Ce phénomène amène à se questionner sur les raisons pour lesquelles certaines personnes ne récupèrent pas normalement suite à un épisode de lombalgie ne présageant pourtant aucune complication. Certains avancent que l'utilisation de l'approche traditionnelle biomédicale, où le professionnel se présente comme l'expert et le patient demeure passif, explique en partie ce phénomène (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002, p. 2474). En fait, cette approche met principalement l'emphasis sur la blessure physique et sa guérison. Paradoxalement, des études montrent que la douleur en soi résultant d'une blessure physique n'apparaît pas déterminante dans le processus de la

chronicisation de la douleur (Du Bois & Ronceed, 2008, p. 383). De plus, en cas de lombalgie, le fait d'axer sur la douleur ainsi que sur la blessure physique a comme effet d'alimenter une frustration déjà présente entourant l'absence fréquente d'un diagnostic clair expliquant la cause de la douleur (McIntosh & Shaw, 2002, p. 23). En bref, les résultats probants montrent que l'approche conventionnelle en physiothérapie, offrant des stratégies d'adaptation passives, ne comble que partiellement les besoins de cette clientèle dans la prévention du développement de la douleur chronique (Dahl & Nilsson, 2001, p. 427-248; Godges, Anger, Zimmerman & Delitto, 2008, p. 236-237; Linton, Boersman, Jansson, Svärd & Botvalde, 2005, p. 118).

À la lumière de ces informations, comment devrait-on intervenir de manière efficace et adéquate afin de prévenir la chronicité due à la lombalgie ? Selon une méta-analyse de Fayad et ses collègues, plusieurs facteurs de risque liés à la chronicisation de la lombalgie doivent être considérés (2004, p. 182-185). Tel que présenté de façon plus descriptive à l'Annexe A, ces chercheurs font ressortir que certains facteurs individuels, comme des aspects cliniques, psychologiques et socioculturels ainsi que certains facteurs professionnels, notamment des aspects psychosociaux et physiques, devraient être pris en compte lors de la prévention de la lombalgie chronique. D'ailleurs, selon le guide de pratique Clinique des Lombalgies Interdisciplinaires en Première ligne (CLIP), lorsque le patient lombalgique apparaît à risque de vivre une incapacité persistante, il s'avère primordial d'identifier les obstacles à la reprise des activités normales et d'agir sur ceux-ci (Rossignol & Arsenault, 2006, p. 15).

Une approche tenant compte des éléments nommés précédemment consiste entre autres à offrir des brochures ou des informations relatives à la lombalgie, proposant des stratégies d'adaptation actives quant aux conséquences possibles de la douleur. Cette façon de faire a un effet sur l'expérience subjective de la douleur et sur la diminution de la dramatisation face à celle-ci (Godges & coll., 2008, p. 237; Linton & coll., 2005, p. 113-115; Linton & Andersson, 2000, p. 2828-2829). Cependant, les individus recevant uniquement ce genre d'intervention s'avèrent plus sujets à utiliser régulièrement les soins de santé pour gérer leur douleur, à vivre des incapacités dues à celle-ci et à demeurer en arrêt de travail ou encore en absences-maladies (Godges & coll., 2008, p. 237; Linton & coll., 2005, p. 115; Linton & Andersson, 2000, p. 2828-2829). La lacune principale de cette approche réside dans l'absence de suivi. En fait, selon l'étude de Linton et Anderson, moins d'un tiers des clients consulte le matériel offert (2000, p. 2830).

À ce jour, les interventions qui se révèlent les plus appropriées proposent un suivi et l'apprentissage de stratégies de résolution de problème et d'adaptation actives face à la douleur, telles qu'une thérapie cognitivo-comportementale, un groupe d'éducation et une intervention précoce de restauration fonctionnelle (Dahl & Nilsson, 2001, p. 427-429; Gatchel, Polatin, Noe, Gardea, Pulliam & Thompson, 2003, p. 4; Godges & coll., 2008, p. 236-237; Linton & coll., 2005, p. 112; Linton & Andersson, 2000, p. 2828-2829). En effet, ces interventions ont un impact sur la diminution de l'utilisation des soins de santé ainsi que sur la prise de médication et elles favorisent un

retour plus rapide au travail (Dahl & Nilsson, 2001, p. 428; Gatchel & coll., 2003, p. 6; Godges & coll., 2008, p. 237; Linton & coll., 2005, p. 116-117; Linton & Andersson, 2000, p. 2828-2829).

Or, l'implantation d'un tel programme offrant une approche biopsychosociale en soins de santé primaires pour la clientèle souffrant de lombalgie ne s'avère pas simple à mettre en place. Bien que ces études apparaissent de bonnes qualités, que la distribution par randomisation et la comparaison avec un groupe témoin soient utilisées, leurs petits échantillons limitent la généralisation des résultats à l'ensemble de la population lombalgique, compte tenu de la nature du phénomène à l'étude (Dahl & Nilsson, 2001, p. 423; Gatchel & coll., 2003, p. 3; Godges & coll., 2008, p. 232; Linton & coll., 2005, p. 117; Linton & Andersson, 2000, p. 2825-2826). En effet, seulement une faible proportion (1/5) des sujets ayant une douleur lombaire aiguë développe des incapacités chroniques dues à la douleur. De plus, l'identification des individus à risque demeure ardue. Ainsi, il est difficile de détecter l'effet exact de l'intervention comparativement à l'évolution normale que la personne présente sans intervention (Dahl & Nilsson, 2001, p. 423; Gatchel & coll., 2003, p. 3; Godges & coll., 2008, p. 232; Linton & coll., 2005, p. 117; Linton & Andersson, 2000, p. 2825-2826).

D'un autre côté, les interventions proposées nécessitent la participation d'une équipe interdisciplinaire ou d'un thérapeute ayant reçu une formation relative à la thérapie cognitivo-comportementale ou à l'éducation à la santé (Dahl & Nilsson, 2001,

p. 429; Gatchel & coll., 2003, p. 4; Godges & coll, 2008, p. 235; Linton & coll., 2005, p. 113; Linton & Andersson, 2000, p. 2827). Par conséquent, ces facteurs peuvent également poser des difficultés. En fait, par souci d'économie en service de première ligne au Québec, les interventions adressant les facteurs psychosociaux pour traiter la douleur aiguë se trouvent souvent écartés au profit des interventions conventionnelles qui échouent avec seulement une minorité d'individu (Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé [AETMIS], 2006, p. 10; Foster, 2011, p.2; Gatchel & coll., 2003; p. 7). Ainsi, les centres de réadaptation comprenant une équipe multidisciplinaire spécialisée demeurent fréquentés tardivement, c'est-à-dire lorsque la situation devient chronique (AETMIS, 2006, p. 10; Gatchel & coll., 2003; p. 7). Également, très peu de cliniciens en soins de santé primaires sont formés en éducation à la santé (Lorig & Holman, 2003, p. 5). Aussi, une étude récente indique que maints physiothérapeutes affirment qu'intervenir sur les facteurs psychosociaux s'avère peu compatible avec leur pratique et ces derniers ajoutent qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour le faire (Côté, 2008, p.133).

Dans ces conditions, quelles autres interventions seraient plus accessibles en soins de santé primaires et demeureraient efficaces pour prévenir le développement de la chronicisation de la lombalgie? Les interventions qui apparaissent efficaces à ce jour proposent notamment des rencontres avec un clinicien afin de discuter et de réfléchir sur les propos d'un manuel ou d'un livre relatif à la gestion de la douleur et mènent tous vers le même but commun, soit l'auto-prise en charge par l'individu de sa condition

(Dahl & Nilsson, 2001, p. 429; Gatchel & coll., 2003, p. 4; Godges & coll., 2008, p. 235; Linton & coll., 2005, p. 113; Linton & Andersson, 2000, p. 2827; 2830). En outre, l'enseignement de l'auto-prise en charge se distingue actuellement des autres interventions offertes dans la gestion des maladies chroniques (Bodenheimer & coll., 2002, p. 2471; Lorig & Holman, 2003, p. 1). Tout comme la thérapie cognitivo-comportementale, il permet à l'individu de développer des habiletés de résolution de problèmes pour être en mesure de gérer ses problèmes de santé, jour après jour, et de maintenir son bien-être (Bodenheimer & coll., 2002, p. 2471; Lorig & Holman, 2003, p. 1). Ces programmes d'enseignement de l'auto-prise en charge déploient-ils d'autres modalités que l'utilisation d'un livre et des rencontres avec un professionnel de la santé? Est-ce qu'une autre modalité d'enseignement de l'auto-prise en charge serait applicable en soins de santé primaires, laquelle pourrait soutenir la pratique des professionnels de la santé qui se sentent peu outillés en éducation à la santé?

En résumé, il apparaît pertinent de trouver une intervention accessible dans le contexte actuel des soins de première ligne afin de prévenir les nombreuses conséquences négatives qu'entraîne la douleur chronique. Il appert que la clé réside dans l'éducation du client sur sa condition par un encadrement supplémentaire que de simplement lui fournir de la documentation.

3. OBJECTIFS

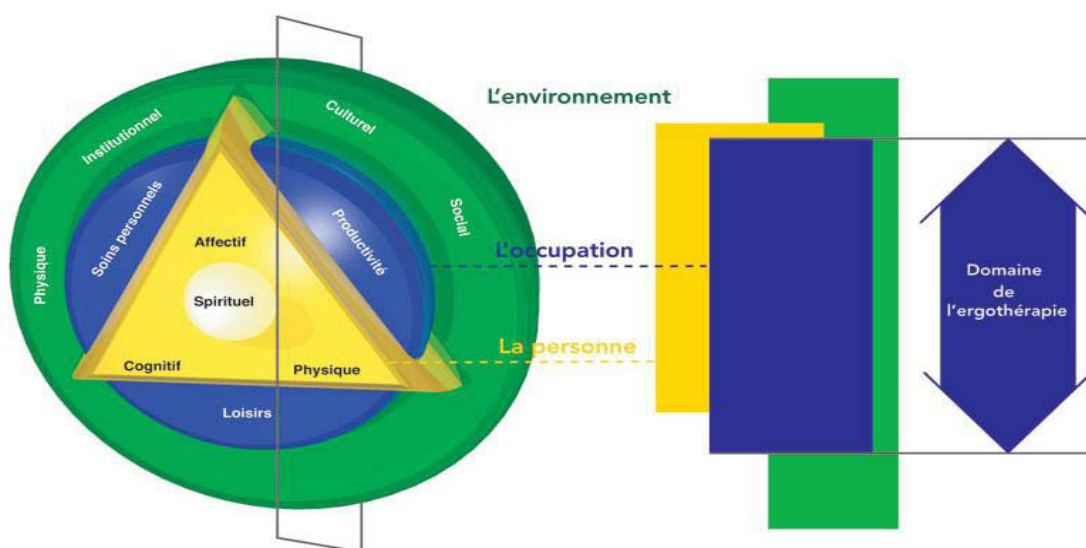
La présente étude entend répondre à ces questionnements. Il s'agit notamment de répertorier différents programmes d'auto-prise en charge offerts en soins de santé primaires auprès d'adultes (18-65 ans) et, à la lumière d'une analyse des résultats probants, d'évaluer quelles méthodes d'intervention apparaissent les plus efficaces pour favoriser l'auto-prise en charge d'une situation de santé complexe engendrant de la douleur. Il s'agit aussi de réfléchir à l'applicabilité de ces méthodes d'intervention auprès d'adultes ayant une lombalgie aiguë afin d'outiller les ergothérapeutes et les physiothérapeutes dans l'enseignement de l'auto-prise en charge. L'intention finale de cet essai étant de contribuer à la prévention de la chronicisation de la lombalgie, compte tenu de ses nombreux impacts négatifs à la fois sur les personnes qui en sont atteintes que sur la société dans son ensemble, en explorant les modalités d'intervention probantes dans le domaine de la prévention.

4. CADRE CONCEPTUEL

À la lumière des connaissances actuelles sur la prévention de la lombalgie chronique, il apparaît qu'une intervention à visée symptomatique n'est pas l'approche à préconiser. Par contraste, une approche davantage holistique aide à prévenir le développement de l'incapacité chronique due à la douleur. Dans ce sens, le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement (MCRO-E) (Polatajko, Townsend & Craik, 2008), tel que présenté à la Figure 1, représente bien l'interaction complexe entre la personne (ses croyances, ses intérêts, ses forces et ses faiblesses), ses occupations (telles que son statut fonctionnel dans ses soins personnels, ses loisirs et son travail) ainsi que son environnement (les demandes de son environnement physique et social) qui apparaît déterminante dans la problématique de la lombalgie (Truchon, Fillion, Truchon, Dionne, Arsenault & Viau, 2007, p. 21-24). De fait, l'intervention à utiliser avec cette clientèle doit tenir compte de ces aspects afin de comprendre la personne dans son ensemble et être en mesure de répondre à ses besoins.

De plus, ce modèle tient compte également de l'engagement occupationnel de l'individu. Le terme engagement inclut ce qui a trait à l'implication et à la participation de l'individu dans ses occupations (Polatajko, Townsend & Craik, 2008, p. 28). Or, cette composante s'avère importante à considérer dans la modalité d'intervention à utiliser, puisque, tel que décrit précédemment, certaines modalités n'encouragent pas le client à s'impliquer dans son processus de réadaptation. Aussi, l'engagement dans le processus

de réadaptation est d'autant plus important dans le cadre d'une intervention visant à rendre l'individu autonome dans sa prise en charge. Dans le même ordre d'idées, la modalité d'intervention doit également promouvoir l'engagement et la participation de la personne dans ses occupations significatives antérieures à l'épisode de lombalgie afin de favoriser le bien-être de celle-ci.



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Figure 1 : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de l'Engagement (MCRO-E)¹

L'enseignement de l'auto-prise en charge considère également qu'une éducation doit être faite au client relativement à la gestion de sa condition médicale, mais

¹ La figure du MCRO-E est utilisée avec la permission de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes. Toute reproduction est interdite sans l'autorisation de l'auteur.

également aux comportements de santé, à la gestion des rôles et des émotions face à la situation personnelle de l'individu (Lorig & Holman, 2003, p. 1). Cette approche vise à développer cinq principales habiletés afin que le client soit en mesure de gérer par lui-même sa problématique au quotidien. Plus précisément, l'intervention à préconiser doit comprendre le développement des habiletés de résolution de problème, de prise de décision, de recherche et d'utilisation des ressources, de collaboration avec les professionnels de la santé ainsi que de mise en action (Lorig & Holman, 2003, p. 2-3). Ces cinq habiletés sont présentées de façon plus détaillée dans le Tableau 1 ci-après.

Tableau 1

Description des habiletés à développer dans l'enseignement de l'auto-prise en charge

HABILETÉS	DESCRIPTION
Résolution de problèmes	Le développement de cette habileté ne se résout pas en enseignant les solutions aux problèmes. Elle inclut la définition du problème, la génération des solutions possibles, la sollicitation de suggestions, l'implantation de la solution et l'évaluation des résultats.
Prise de décisions	Cette habileté est basée sur le fait d'avoir assez d'informations appropriées pour prendre une décision réfléchie. La formation de messages clés facilite la prise de décisions appropriées.
Trouver et utiliser les ressources	Il est recommandé de donner des ressources à l'individu, mais il faut également enseigner comment utiliser l'Internet, la bibliothèque, les guides, etc. De plus, il est bien d'enseigner à l'individu d'utiliser différentes ressources au même moment afin de valider et de synthétiser les informations trouvées.
Collaborer avec les professionnels de la santé	Le rôle du professionnel dans l'enseignement de l'auto-prise en charge consiste à devenir un partenaire. Or, l'individu doit être en mesure de bien comprendre sa problématique de manière à faire des choix informés sur les traitements et être en mesure de discuter avec les professionnels de la santé. Cette habileté vise à considérer le client comme étant l'expert de la problématique qu'il vit.
Se mettre en action	Par la mise en place d'un plan réaliste à court terme, l'individu doit apporter des modifications à ses comportements. Pour ce faire, l'individu doit avoir confiance en ses capacités et avoir un sentiment d'efficacité personnelle satisfaisant.

[Traduction libre] de Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-management education : History. Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals behavioral medecine*, 26(1), p. 2-3.

L'enseignement de l'auto-prise en charge vise à rendre l'individu autonome dans une bonne gestion de sa problématique au quotidien (Lorig & Holman, 2003, p. 1). Il cherche donc à favoriser l'autodétermination (*empowerment*) de l'individu, soit d'aider le client à développer les capacités nécessaires pour être responsable de sa vie (McGowan, 2005, p. 3). Bien que ces termes soient souvent confondus, l'autodétermination s'avère le résultat de l'enseignement de l'auto-prise en charge (McGowan, 2005, p. 3). Aussi, pour arriver à cette fin, l'enseignement de l'auto-prise en charge doit comprendre une composante visant à améliorer l'efficacité personnelle (*self-efficacy*) du participant, c'est-à-dire la confiance que celui-ci démontre par rapport à ses capacités de modifier un comportement (Lorig & Holman, 2003, p. 4). De fait, il appert que le sentiment d'efficacité personnel de la personne joue un rôle dans l'adoption de comportements de santé (Lorig & Holman, 2003, p. 4).

En somme, le cadre conceptuel pour la présente étude regroupe l'apport du MCRO-E (Polatajko, Townsend & Craik, 2008) en ce qui a trait à l'interaction multidimensionnelle impliquée dans une bonne gestion de la douleur et le modèle des cinq habiletés de Lorig & Holman (2003) afin d'optimiser l'auto-prise en charge par l'individu de sa problématique. Autrement dit, le MCRO-E regroupe les aspects sur lesquels intervenir et le modèle de Lorig & Holman (2003) oriente les moyens à prendre dans l'intervention.

5. MÉTHODE

5.1. Devis méthodologiques

La présente étude est conduite à l'aide d'une combinaison de trois devis méthodologiques, soit « l'étude de documents », « le répertoire de pratique » et « l'analyse de matériel pédagogique » tels que proposés par Paillé (2007, p. 134-138) (voir à l'Annexe B). En résumé, la présente étude a été menée selon les étapes suivantes qui combinent ces trois devis de Paillé : 1) Détermination des questions de l'étude; 2) Explication du cadre conceptuel; 3) Choix du corpus à l'étude et la collecte de documents; 4) Identification et analyse des programmes d'auto-prise en charge; 5) Classification des modalités; 6) Identification des habiletés enseignées selon Lorig et Holman (2003); 7) Mise en forme finale des résultats. Cette combinaison de devis permet d'explorer les modalités utilisées dans les programmes d'enseignement de l'auto-prise en charge afin de déterminer leur faisabilité en pratique.

Enfin, il importe de mentionner que les devis de Paillé (2007) ont été ici retenus parce qu'ils ont été développés spécifiquement pour la conduite d'une étude menant à la rédaction d'un essai critique. Bien qu'ils aient été conçus pour le domaine des sciences de l'éducation, ils s'avéraient tout de même pertinents, mais ont cependant dû être adaptés, tel que spécifié plus tôt.

5.2. Échantillon et collecte des documents

La recherche d'articles a été effectuée dans les banques de données suivantes : Librairie Cochrane, PsycINFO, Medline, CINAHL, Psychology and Behavioral Science Collection et ScienceDirect, en utilisant les mots clés suivants : « self-management » et « pain ». La sélection des articles a été réalisée à l'aide de critères de sélection assurant la pertinence des écrits trouvés. Les critères d'inclusion étaient : 1) avoir des participants adultes (18-65 ans); 2) avoir une intervention basée sur l'enseignement de l'auto-prise en charge de la douleur; 3) prendre en compte l'aspect multidimensionnel de la douleur; 4) avoir une description complète de l'intervention permettant sa reproductivité; 5) avoir une intervention autre qu'une approche d'éducation individuelle ou en groupe; 6) inclure un groupe contrôle; 7) être publié entre 2000 et 2012; 8) être publiés en français ou en anglais.

La qualité des études a été évaluée à l'aide d'une grille présentée à l'Annexe C qui s'avère une adaptation de la *Grille d'évaluation de la qualité des études : Essai randomisé* de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) (Centre Hospitalier Universitaire de Québec [CHUQ], 2007, p. 42-44). L'évaluation de la qualité des études se révèle une étape importante dans la collecte des documents puisqu'elle permet de considérer la rigueur scientifique de chaque article et, ainsi, de mettre en évidence les meilleurs résultats probants.

5.3. Analyse des données

La *Grille d'extraction de données* de l'UETMIS (CHUQ, 2007, p. 74-76) et adaptée pour la présente étude est complétée pour chaque article retenu. Afin de mettre en évidence les modalités d'intervention utilisées dans les programmes d'auto-prise en charge et de simplifier leur comparaison. Un tableau synthèse a été réalisé à partir des grilles d'extraction. Les résultats sont présentés de manière à faire ressortir les avantages et les inconvénients des modalités d'intervention à l'étude. Ensuite, les différentes modalités sont classées en fonction de leur format de diffusion afin de vérifier s'il existe des similitudes et des différences entre les études utilisant des formats semblables par rapport aux variables à l'étude.

6. RÉSULTATS

6.1. Identification des programmes d'auto-prise en charge

Suite à la recherche documentaire, huit articles proposant une intervention basée sur l'enseignement de l'auto-prise en charge et répondant aux critères d'inclusion ont été retenus pour la présente analyse de la littérature. Ces articles sont présentés dans le tableau synthèse d'extraction des données en à l'Annexe E. Cinq de ces programmes s'intéressent plus particulièrement à la clientèle présentant des douleurs chroniques : migraine chronique, dorsalgie chronique, douleurs chroniques non spécifiques et fibromyalgie (Bromberg, Wood, Black, Surette, Zacharoff & Chiauzzi, 2011; Chiauzzi, Pujol, Wood, Bond, Black, Yiu & Zacharoff, 2010; Janke, Sping & Weaver, 2011; Ruehlman, Karoly & Enders, 2011; Williams, Kuper, Segar, Mohan, Sheth & Clauw, 2010). Les trois autres programmes s'adressent à la clientèle atteinte de douleurs lombaires aiguës et à celle présentant de nouveaux épisodes de lombalgie (Damush, Weinberger, Perkins, Rao, Tierney, Qi & Clark, 2003a; Damush & collègues, 2003b; Little, Roberts, Blowers, Garwood, Cantrell, Langridge & Chapman, 2001).

6.2. Classification des modalités d'intervention

6.2.1. Plate-forme web. Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'utilisation d'une plate-forme web afin d'offrir une intervention d'enseignement de l'auto-prise en charge facile d'accès à la clientèle à l'étude. Premièrement, Bromberg et ses collègues (2011)

ont mis sur pied une intervention disponible en ligne sur laquelle le participant doit vaguer à travers différents modules, tel que présenté à l'Annexe E. L'enseignement est offert sous différents formats, c'est-à-dire par des leçons, des outils interactifs, des autoévaluations et par un système de partage de connaissances avec des pairs concernés par les mêmes besoins. Un système de rappel par message électronique encourage les participants à continuer d'utiliser le site web. Cette intervention comparée au maintien de la routine quotidienne pour les participants du groupe contrôle a montré une différence significative entre les deux groupes en égard à la détresse psychologique (dépression et stress), la dramatisation de la douleur, l'utilisation de stratégies d'adaptation actives (relaxation, activation, exercices, utilisation du support social), l'efficacité personnelle et l'amélioration générale de la condition. Toutefois, l'intervention n'a pas permis de montrer une différence entre les groupes au sujet de l'incapacité due à la migraine.

Dans le même ordre d'idée, Chiauzzi et ses collègues (2010) ont également mis sur pied une intervention disponible en ligne pour la clientèle ayant une dorsalgie chronique, laquelle comprend des modules différents, mais utilisant sensiblement les mêmes formats que Bromberg et ses collègues (2011) (voir précédemment). Un système de rappel par messagerie électronique s'avère également utilisé. Ces auteurs montrent des différences significantes entre le groupe expérimental et le groupe contrôle relativement à la détresse psychologique (stress, anxiété, dépression), à l'utilisation de stratégies actives d'adaptation (support social) et à l'amélioration générale de la

condition. Toutefois, comparé au groupe contrôle recevant un guide sur les maux de dos, il n'existe pas de différence importante tant sur le plan de l'efficacité personnelle que sur celui des comportements d'évitement dus à la douleur entre les deux groupes.

Ruehlam, Karoly et Enders (2011) se sont plutôt intéressés à offrir une intervention accessible par le web à la clientèle présentant des douleurs chroniques non spécifiques. Ceux-ci ont comparé un groupe expérimental à un groupe contrôle dont les participants sont sur une liste d'attente pour un traitement multidisciplinaire; ils ne reçoivent donc pas de traitements au moment de l'étude. Telle que décrite à l'Annexe E, l'intervention comprend des modules d'apprentissage, un plan d'apprentissage, l'établissement des buts et le partage avec des pairs. L'enseignement de l'auto-prise en charge est réalisé à l'aide d'activités en ligne et hors ligne, de matériels didactiques, d'exercices interactifs, de vidéos, de photos et d'outils d'autorégulation. Un système de rappel par messagerie électronique est également utilisé ainsi que des messages textuels sur le cellulaire du participant. Les auteurs énoncent des différences significatives entre les deux groupes pour toutes les variables à l'étude, à l'exception de certaines sous-variables du fonctionnement quotidien (relations sexuelles, soins personnels, rôles parentaux et activités physiques).

Finalement, Williams et ses collègues (2010) ont créé une intervention accessible à l'aide d'une plate-forme web pour la clientèle atteinte de fibromyalgie. Treize modules concernant différents aspects de l'enseignement de l'auto-prise en charge pour cette

population sont offerts sous forme de vidéos, de résumés de vidéos, de devoirs et d'outils d'autorégulation. Contrairement aux autres études résumées antérieurement, la présente intervention ne comprend aucun suivi auprès des participants pendant le temps de l'étude. Comparativement au groupe contrôle recevant le traitement usuel d'un médecin pour cette problématique, les auteurs montrent des différences importantes quant aux variables de l'intensité de la douleur, au statut fonctionnel, aux habiletés d'auto-prise en charge et à la satisfaction relative au traitement reçu. Aucune différence notable entre les groupes n'existe au sujet du sommeil, de la fatigue et de l'humeur. Un aspect important à préciser dans l'analyse des résultats en ce qui a trait à la clientèle à l'étude s'avère la présence révélatrice de comorbidité psychiatrique (32 % trouble de personnalité [TP], 20 % trouble panique, 10 % trouble anxieux généralisé [TAG], 8 % dépression majeure, <1 % syndrome de stress post-traumatique [SSPT]).

6.2.2. Enregistrement vidéo et suivi téléphonique. Damush et ses collègues (2003a; 2003b) ont réalisé deux études portant sur l'efficacité d'une intervention d'enseignement de l'auto-prise en charge auprès de personnes présentant des douleurs lombaires aiguës après 4 mois et 12 mois. Bien que leur principale intervention consiste en trois cours en groupe, ils ont également utilisé des enregistrements vidéo des cours qu'ils ont envoyés aux participants absents lors des groupes. Un employé s'assurait ensuite, par suivi téléphonique, que les participants aient reçu le matériel et répondait aux questions. Ces dernières modalités d'intervention ne sont pas précisément étudiées dans le présent article, par contre les auteurs notent que plus de 60 % des participants du

groupe expérimental ont reçu au moins un enregistrement vidéo puisqu'ils étaient absents au cours. Or, comparativement au groupe contrôle recevant uniquement le traitement usuel, les auteurs rapportent des différences importantes sur le plan de la détresse psychologique (dépression, anxiété), de l'efficacité personnelle, des stratégies actives d'adaptation (étirement, renforcement, exercice d'aérobic) ainsi que sur le plan des peurs et des évitements dus à la douleur. Les auteurs ont également étudié l'effet de la quantité d'intervention sur le statut fonctionnel. À ce sujet, ils rapportent que plus les participants assistent aux cours en groupe, plus il existe un effet positif sur le statut fonctionnel. Toutefois, le nombre de suivis téléphoniques n'apparaît pas avoir d'effet sur le statut fonctionnel. Ces résultats s'avèrent constants à 4 mois et à 12 mois.

6.2.3. Livret de promotion de l'auto-prise en charge. Bien que les résultats soient limités eu égard à cette modalité d'intervention, tel qu'énoncé dans la problématique, deux études trouvées dans la recherche documentaire permettent d'approfondir certains aspects de ce moyen d'enseignement. Premièrement, Janke, Spring et Weaver (2011) ont étudié l'impact du sens du message transmis dans les livrets auprès de la clientèle de vétérans souffrant de douleur chronique. Les deux livrets de promotion de l'auto-prise en charge de la douleur proposent comparativement un contenu semblable. Cependant, les livrets comprennent soit un message de gain (ex : en prenant des pauses avant de ressentir de la douleur, vous allez pouvoir retourner faire vos activités plus rapidement) soit de perte (ex. : si vous ne prenez pas de pauses avant de ressentir de la douleur, vous ne pourrez pas retourner à vos activités aussi rapidement

et resterez plus inactif). Ces auteurs rapportent des différences notables entre les groupes sur quelques variables. En fait, le groupe ayant reçu les messages de perte, c'est-à-dire une formulation négative des consignes et une présentation des conséquences de ne pas respecter les consignes, montre davantage d'intérêts aux messages, en retire plus d'apprentissage et prévoit utiliser des techniques de relaxation.

Enfin, Little et ses collègues (2001) ont étudié l'impact du conseil médical de faire des activités physiques régulières et de lire attentivement un livret de promotion de l'auto-prise en charge de la douleur chez la clientèle ayant un nouvel épisode de lombalgie. Le groupe contrôle a uniquement reçu le conseil de demeurer actif. Les groupes étaient randomisés dans quatre groupes : 1) activités physiques; 2) livret; 3) activités physiques + livret; 4) contrôle. En somme, le conseil de faire des activités physiques conjointement avec la lecture du livret apportent des différences importantes avec les autres groupes sur le fonctionnement, l'intensité de la douleur, la satisfaction quant à la quantité d'information reçue et l'apprentissage réalisé.

6.3. Identification des habiletés enseignées

Le Tableau 2 présenté ci-dessous trace le portrait des habiletés d'enseignement de l'auto-prise en charge qui sont considérées dans les interventions des différents programmes à l'étude selon le modèle des cinq habiletés de Lorig et Holman (2003).

Tableau 2
Identification des habiletés enseignées dans les programmes à l'étude

ARTICLES HABILETÉS	Bromberg & coll., 2011	Chiauzzi & coll., 2010	Damush & coll., 2003a	Damush & coll., 2003b	Janke, Spring & Weaver, 2011	Little & coll., 2001 (Livret)	Ruehlman , Karoly & Enders, 2011	Williams & coll., 2010
Résolution de problème	+	+	+	+	?	+	+	+
Prise de décision	+	+	+	+	+	?	+	+
Trouver et utiliser les ressources	+	+	/	/	/	?	?	?
Collaborer avec les professionnels de la santé	+	+	/	/	+	/	/	+
Se mettre en action	+	+	+	+	?	+	+	+
Légende : + = OUI - = NON ? = Ne sait pas ou plus ou moins / = Non rapporté ou N/A								

En somme, trois programmes offerts via une plate-forme Internet proposent l'enseignement de quatre habiletés d'auto-prise en charge et plus. Le dernier programme offert sur le web décrit peu l'enseignement d'habiletés proposé pour compléter l'identification. Le programme mis sur pied par Damush et ses collègues (2003a; 2003b) axe sur trois des cinq habiletés d'auto-prise en charge : résolution de problème, prise de décision et se mettre en action. Finalement, peu d'informations sur les livrets de promotion de l'auto-prise en charge de la douleur sont disponibles. Ces deux dernières études comportent l'enseignement de deux des cinq habiletés.

7. DISCUSSION

Tel que spécifié antérieurement, la lombalgie, c'est-à-dire une douleur à la région lombaire, s'avère une affection fréquente en soins de santé primaires. De fait, près de quatre adultes sur cinq ressentent cette douleur au moins une fois au cours de sa vie et un adulte sur cinq en éprouve ses effets néfastes à plus long terme (Grangaard, 2006, p. 1037). Autrement dit, un nombre important de personnes souffrant de lombalgie chronique vit au quotidien avec des impacts considérables de ce trouble. L'environnement social de ces individus ainsi que les institutions s'en trouvent également grandement affectés (Ramage-Morin & Gilmour, 2010, p. 6-7; Choinière & coll., 2010, p. 553-554; Guerrière & coll., 2010, p. 544). Les services actuels pour cette clientèle, hérités du modèle biomédical de la santé, portent sur la guérison de la blessure au détriment de la prévention de la lombalgie chronique en phase aiguë. Or, il apparaît que l'une des solutions pour prévenir le développement de la chronicité de la lombalgie réside dans l'éducation des personnes sur leur condition (Dahl & Nilsson, 2001, p. 429; Gatchel & coll., 2003, p. 4; Godges & coll., 2008, p. 235; Linton & coll., 2005, p. 113; Linton & Andersson, 2000, p. 2827, 2830). Le présent essai a pour but d'explorer les modalités d'intervention probantes permettant de soutenir les professionnels de la santé dans l'enseignement de l'auto-prise en charge auprès des individus souffrant d'une lombalgie aiguë. Ultimement, il entend contribuer à l'identification de modalités permettant de prévenir l'évolution de la lombalgie vers une condition chronique.

Dans la recension des écrits effectuée, plusieurs études ont décrit des programmes d'enseignement de l'auto-prise en charge conduits sous forme de sessions offertes par des professionnels de la santé. Tel qu'explicité dans la problématique, ces études n'ont pas été retenues en raison de leurs modalités d'intervention peu applicables au contexte actuel des soins de santé offerts à cette clientèle. Dans ce sens, les études répertoriées dans la section des résultats ont exploré des modalités d'intervention d'enseignement de l'auto-prise en charge n'ayant pas recours à des professionnels de la santé, notamment des sites web, des enregistrements vidéo et des livrets de promotion de l'auto-prise en charge. Ces résultats sont discutés ci-dessous d'après différentes thématiques : 1. l'accessibilité des modalités pour le client; 2. leur applicabilité en soins de santé primaires; 3. leur efficacité; 4. la généralisation des résultats; 5. la faisabilité clinique pour prévenir la lombalgie chronique et 6. la pertinence clinique. Lorsqu'il est question ici d'efficacité, d'applicabilité et de faisabilité des interventions, il s'agit de rapporter ce qui est dit au sujet de ces aspects cliniques dans la littérature, car aucune expérimentation n'a été conduite dans le cadre de cet essai.

7.1. Accessibilité des modalités pour le client

Afin de favoriser l'enseignement de l'auto-prise en charge chez le client dans le but de prévenir le développement de la lombalgie chronique, il s'avère primordial que la modalité d'intervention utilisée soit facilement accessible pour le client.

Conséquemment, elle doit être aisément atteignable, être adaptée à la clientèle, requérir un temps raisonnable d'utilisation et être financièrement abordable.

Dans un premier temps, le site web nécessite l'utilisation d'un ordinateur ayant accès à Internet. Pour plusieurs, cette modalité peut être facilement accessible du domicile. Pour d'autres, il est actuellement possible d'utiliser un ordinateur dans un endroit public, tel que les bibliothèques ou les cafés. Toutefois, pour certains individus de milieux défavorisés qui n'ont pas les moyens de posséder un ordinateur ou de se rendre fréquemment dans un milieu offrant accès à Internet (considérant le coût du déplacement ou des frais d'utilisation), l'accès à un site web peut représenter un obstacle à son utilisation. De plus, bien que l'utilisation d'Internet devienne de plus en plus commune, son usage peut paraître complexe pour certaines personnes moins exposées à ce média. Dans ce sens, il est pertinent de se questionner sur les limites de l'utilisation de cet outil (Macea, Gajos, Daglia Calil, & Fregni, 2010, p. 926). À ce sujet, Or et ses collègues ont étudié les facteurs affectant l'acceptation d'un enseignement de l'auto-prise en charge à partir d'un site web interactif chez la clientèle de 29 à 90 ans atteinte de maladie cardiaque (2011, p. 54). Ces derniers rapportent que la facilité d'utilisation n'apparaît pas comme un facteur déterminant de son utilisation (Or, Karsh, Severtson, Burke, Brown & Brennan, 2011, p. 56). Les auteurs expliquent leurs résultats en supposant que les participants ont pu se familiariser eux-mêmes avec le site web lors des quatre semaines de l'étude. Ils notent aussi que la facilité d'utilisation peut influencer l'acceptation de la nouvelle technologie en considérant les autres études relatives à ce

sujet (Or & coll., 2011, p. 56). Ces résultats laissent supposer qu'une personne peut, à prime abord, être réticente à utiliser une modalité peu connue, mais que, une fois familiarisée à celle-ci, il devient alors moins essentiel que la modalité soit facile d'utilisation. Enfin, dans les études usant d'un site web pour favoriser l'enseignement de l'auto-prise en charge, les auteurs ont demandé aux participants de naviguer sur le site pendant au moins vingt minutes en répétant huit fois l'expérience (Bromberg & coll., 2011; Chiauzzi & coll., 2010). Il est parfois difficile pour une personne ayant une lombalgie de demeurer longtemps dans une même position assise ou debout. Toutefois, il est raisonnable de penser que peu d'individus seront incommodés par vingt minutes quotidienne d'utilisation de la plate-forme web, d'autant plus s'ils s'assoient dans une chaise ergonomique confortable et ajustée à leur morphologie. Somme toute, il apparaît que pour une majorité de la population, l'utilisation de la plate-forme web, précédée d'une courte séance de familiarisation, semble une modalité accessible pour les clients.

Pour l'enregistrement vidéo, cette modalité d'intervention est facilement accessible puisque le client les reçoit directement à son domicile. De plus, cette modalité se trouve bonifiée par l'ajout d'un suivi téléphonique servant à répondre aux questions sur le visionnement de la vidéo (Damush & coll., 2003a; 2003b). Ce suivi présente l'avantage de favoriser la compréhension de l'individu. Par contre, les auteurs de l'étude, utilisant cette modalité d'intervention, ne précisent pas la durée de l'enregistrement. Aucune information n'est donc disponible sur la difficulté des personnes de demeurer attentif à une vidéo lorsqu'il n'y a pas d'interaction ou lorsque le

sujet de celle-ci semble peu attrayant. D'un point de vue financier, ce moyen peu dispendieux, ne nécessitant qu'un lecteur de vidéos et un téléphone, apparaît très accessible. En bref, la vidéo s'avère accessible dans la circonstance où celle-ci soit d'une durée raisonnable et suffisamment attrayante pour les clients.

Enfin, le dépliant de promotion de l'auto-prise en charge s'avère une modalité facilement diffusable aux clients et à faible coût. Aussi, la durée de son utilisation dépend du contenu du livret. Dans ce sens, plus l'information est synthétisée, moins de temps sera nécessaire pour consulter le dépliant. D'autre part, un aspect important à mettre en lumière est la forme que doit prendre les messages contenus dans le dépliant afin de favoriser sa compréhension par le client. Les résultats montrent que lorsque le client lit une mise en garde sur les possibilités néfastes d'un comportement, il y montre davantage d'intérêts et en retire plus d'apprentissage que lors de la lecture de messages faisant état des avantages d'adopter le même comportement (Janke, Spring & Weaver, 2011). Or, il apparaît judicieux de se questionner sur la capacité des adultes à comprendre un texte écrit afin d'offrir une modalité adaptée à la clientèle. D'ailleurs, l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) apporte plusieurs données considérables à ce sujet concernant la population québécoise (Bernèche & Perron, 2005). Ces auteurs relatent cinq niveaux de littératie, c'est-à-dire le niveau d'habiletés des adultes québécois établis sur la base de l'ensemble des connaissances et compétences en lecture et en écriture nécessaire au bon fonctionnement en société. Ils font ressortir que 54 % des Québécois n'atteignent pas le niveau trois,

jugé comme étant le niveau acceptable pour bien fonctionner dans la société. Autrement dit, plus de la moitié des adultes se retrouvent dans les catégories « très faible compétence » et « faible compétence » pour comprendre et repérer les informations pertinentes d'un journal, d'une brochure, d'un dépliant ou d'un manuel (Bernèche & Perron, 2005, p. 3). Ces résultats pourraient en partie expliquer la raison pour laquelle plusieurs clients ne lisent pas le matériel offert en lien avec leur état de santé (McIntosh & Shaw, 2002, p. 23). Finalement, il apparaît qu'il est préférable de répéter les mêmes informations à l'aide de deux modalités différentes (oral et écrit) afin de favoriser une meilleure compréhension de la part du client comparativement à chacune de ces modalités utilisée seule (Little & coll., 2001). Ces données sont d'ailleurs cohérentes avec les théories d'apprentissage appuyant que l'on retient 10 % de ce qu'on lit et 20 % de ce qu'on entend, alors qu'on retient 50 % de ce qu'on voit et on entend (Soucisse, 1990). Brièvement, l'utilisation unique d'un livret favorisant l'auto-prise en charge de l'individu montre certaines lacunes sur l'accessibilité pour le client au sujet de l'adaptation pour la clientèle, bien que cette modalité soit facilement distribuable. Elle doit assurément être combinée à une autre modalité afin de favoriser la compréhension des usagers.

Somme toute, les différentes modalités d'intervention présentent tous des avantages comme des limites eu égard à leur accessibilité pour le client.

7.2. Applicabilité en soins de santé primaires

Pour qu'une modalité d'intervention soit applicable dans les soins de santé actuels, elle doit être abordable à produire, requérir peu d'espace physique et de temps de la part du thérapeute ainsi qu'être accessible pour un professionnel sans formation spécifique.

L'ensemble des modalités décrites ci-haut répondent de façon assez favorable aux deux premiers critères de l'applicabilité. En effet, elles nécessitent toutes du temps afin de préparer le document, la vidéo ou le site web, mais elles peuvent ensuite être distribuées à grande échelle. De plus, les modalités d'interventions proposées nécessitent peu de matériel ou d'espace. Ces dernières composantes représentent d'ailleurs les principaux avantages comparativement à la mise en place d'un groupe pour l'enseignement de l'auto-prise en charge qui nécessite l'utilisation de matériel éducatif pour la présentation ainsi qu'un espace suffisant pour accueillir un nombre de participants.

Pour ce qui est des critères de l'applicabilité en lien avec les professionnels de la santé, les modalités d'intervention utilisées pour l'enseignement de l'auto-prise en charge comportent certaines limites. Pour chacune d'entre elles, l'intervenant doit offrir le temps et posséder les connaissances nécessaires pour répondre aux questions des usagers. Dans ce sens, le professionnel de la santé doit posséder certaines habiletés en

éducation à la santé. Il semble toutefois qu'une modalité mixte puisse permettre de pallier certaines lacunes des intervenants sans formation spécifique ou, du moins, les soutenir dans leur pratique. Grâce à l'utilisation d'un site web, il est maintenant possible de créer un outil interactif avec le client pouvant s'apparenter à une rencontre entre le thérapeute et le client. Ce type de plate-forme web offre la possibilité de formats éducatifs variés, tels que des vidéos, articles, résumés d'articles, évaluations, rétroactions, etc. (Bromberg & coll., 2011; Chiauzzi & coll., 2010; Ruehlman, Karoly & Enders, 2011; Williams & coll., 2010). Cet avantage s'avère pertinent à prendre en considération lorsqu'il est de plus en plus montré que les individus n'apprennent pas tous de la même manière. En fait, il existe même des différences considérables entre les sexes selon l'EIACA au sens où les femmes comprennent mieux dans un texte continu, alors que les hommes saisiraient mieux les informations schématisées (tableaux, graphiques) (Bernèche & Perron, 2005, p. 5). Dans ce sens, le thérapeute peut utiliser des formats éducatifs différents disponibles sur la plate-forme web en fonction des particularités de son client. Enfin, tel que présenté dans le Tableau 2 ci-haut, cette modalité d'intervention permet de couvrir également la majorité de l'enseignement des habiletés nécessaires pour l'auto-prise en charge comparativement aux autres modalités. Notamment, l'utilisation de cette modalité d'intervention offre une bonne partie de l'enseignement nécessaire auprès de la clientèle afin de prévenir le développement de la chronicité de la douleur et, dans la circonstance, peut même alléger le travail des professionnels de la santé.

En somme, l'utilisation d'un site web comme modalité d'intervention de la part des professionnels de la santé, comprenant également des vidéos et des textes, apparaît applicable dans le contexte actuel des soins de santé considérant qu'elle peut être utilisée à grande échelle, qu'elle requiert peu d'espace et qu'elle peut supporter la pratique des professionnels de la santé.

7.3. Efficacité des modalités d'intervention

Les professionnels de la santé sont de plus en plus sensibilisés à utiliser les résultats probants dans leurs choix de modalités d'intervention afin que celles-ci produisent le résultat voulu. Dans le cas présent, la modalité d'intervention utilisée doit avoir été évaluée par des études rigoureuses par souci de vérifier si elle peut, prévenir le développement de la lombalgie chronique.

Dans le cas du site web, quatre études de très bonnes qualités méthodologiques ont évalué cette modalité sur différentes variables combinée ou non à un suivi indirect (voir le Tableau 8 à l'Annexe E pour plus de détails) (Bromberg & coll, 2011; Chiauuzzi & coll., 2010; Ruehlman, Karoly & Enders, 2011; Williams & coll., 2010). De façon générale, il appert que cette modalité ait un effet significatif chez la personne au plan affectif (diminution du stress, de l'anxiété et des signes de dépression), au plan occupationnel (meilleur fonctionnement au quotidien) ainsi que sur les habiletés d'auto-prise en charge (Bromberg & coll, 2011; Chiauuzzi & coll., 2010; Ruehlman, Karoly &

Enders, 2011; Williams & coll., 2010). Deux récentes revues systématiques sur la gestion de la douleur par une approche cognitivo-comportementale via Internet confirment d'ailleurs ces derniers résultats (Bender, Radhakrishnan, Diorio, Englesakis & Jadad, 2011, p. 1744; Macea, Gajos, Daglia Calil, & Fregni, 2010, p. 921-926). Considérant que ces variables représentent des facteurs de risque significatifs de chronicité de la lombalgie (se référer au Tableau 3 à l'Annexe A) (Fayad & coll., 2004), il s'avère d'autant plus pertinent d'utiliser ce type de modalité.

Bien que les résultats semblent favorables à démontrer l'efficacité de l'utilisation de la plate-forme web pour certaines variables, des nuances quant aux résultats s'apparaissent nécessaires à préciser. D'abord, les études n'utilisent pas toutes le même format de site web, de contenu et de suivi auprès des participants. De façon générale, les résultats semblent se révéler plus prometteurs lorsqu'ils sont combinés à un suivi (rappel par courriel ou message textuel) (Bromberg & coll, 2011; Chiauuzzi & coll., 2010; Ruehlman, Karoly & Enders, 2011). Ensuite, ces mêmes études comparent l'efficacité du site web à divers groupes contrôles, les participants reçoivent soit aucune intervention, un guide sur les maux de dos ou un suivi avec un médecin (voir le tableau synthèse à l'Annexe E). D'une part, les différences entre les groupes apparaissent plus importantes pour la majorité des variables à l'étude lorsque les participants du groupe contrôle ne reçoivent aucun traitement comparable à l'enseignement de l'auto-prise en charge. D'autre part, l'étude utilisant comme intervention contrôle un guide sur les maux de dos ne montre pas de différence significative entre les groupes par exemple sur la

variable d'efficacité personnelle (Chiauzzi & coll., 2010). Ces résultats laissent suggérer qu'une modalité permettant tout de même d'éduquer le client sur sa condition peut s'avérer d'une certaine efficacité sur quelques variables. En outre, cet effet valide l'importance d'éduquer le client sur sa problématique au lieu de n'offrir aucune intervention.

Dans ce sens, il aurait été intéressant de mettre en contraste l'efficacité d'une intervention basée sur Internet à d'autres modalités d'éducation comme une intervention de groupe pour l'enseignement de l'auto-prise en charge animé par un professionnel spécialiste en éducation à la santé. À la lumière des recherches répertoriées, il demeure encore impossible de déterminer si l'enseignement de l'auto-prise en charge à l'aide d'une plate-forme web peut être comparable à celui fait dans le cadre d'un groupe.

Dans le même ordre d'idée, les résultats de l'étude Damush et ses collègues (2003a, 2003b) mènent à se questionner sur l'importance d'un suivi en clinique avec un professionnel de la santé. En fait, ces auteurs ont analysé l'effet de la présence dans le groupe en comparaison au visionnement de la séance de groupe à partir du domicile. Ils rapportent que plus les participants se présentent aux groupes, plus les différences sont remarquables quant au statut fonctionnel de l'individu. Autrement dit, les individus s'étant déplacés en clinique pour avoir l'enseignement de l'auto-prise en charge en retirent plus de bénéfices que ceux ayant visionnés le groupe à partir du domicile. Conséquemment, si les participants ont regardé l'enregistrement et posé leurs questions

lors du suivi téléphonique, ceux-ci ont tous bénéficié des mêmes informations, mais il ne s'ensuit pas pour autant les mêmes résultats. Dans ce sens, il est possible de supposer qu'un suivi régulier avec un professionnel de la santé peut accroître l'efficacité d'une modalité d'intervention puisqu'il peut s'assurer ainsi de l'implication du client dans sa prise en charge et de sa compréhension des différentes informations.

Enfin, l'étude sur les livrets de promotion de l'auto-prise en charge apporte un aspect différent quant à l'efficacité d'une modalité d'intervention. En effet, Little et ses collègues (2001) laissent supposer par leurs résultats que l'utilisation de deux modalités distinctes, mais complémentaires, serait plus efficace, bien que modeste, pour prévenir le développement de la lombalgie chronique comparée à l'utilisation simple de l'une ou l'autre des modalités, soit le conseil de faire au moins vingt minutes d'activité physique de façon trihebdomadaire ou un livret sur la gestion de la douleur.

Tout bien considéré, l'enseignement de l'auto-prise en charge offert dans le cadre d'un groupe pour la clientèle atteinte de lombalgie aiguë montre une bonne efficacité pour prévenir la lombalgie chronique que ce soit après un an (Damush & coll., 2003^b, p. 2636) et même après cinq ans où les participants ayant reçu cette intervention consomment moins les soins de santé et sont moins absents du travail qu'un groupe ayant seulement reçu un livret d'information (Linton & Nordin, 2006, p. 857). Cependant, l'utilisation d'un site web s'avère également prometteuse par son effet sur différentes variables impliquées dans la chronicité de la lombalgie. De fait, les études

actuelles ne permettent pas d'apprécier son efficacité comparativement à un groupe ou encore jumelé à un suivi professionnel régulier.

7.4. Généralisation des résultats

Les études retenues pour le présent essai se sont toutes intéressées à évaluer l'impact d'une intervention auprès de la clientèle adulte (18 ans et plus) souffrant de douleur. Trois de ces recherches visent plus précisément des groupes spécifiques tels que les gens atteints de migraines chroniques, dorsalgies chroniques ou fibromyalgies, alors qu'une étude traite de la douleur chronique en général (Bromberg & coll., 2011; Chiauuzzi & coll., 2010; Ruehlman, Karoly & Enders, 2011; Williams & coll., 2010). De façon globale, il appert que les facteurs prédisposant à développer une douleur, à la perpétuer en phase subaiguë et à la faire persister en phase chronique sont similaires, peu importe la nature de la douleur (Houle, 2012). Autrement dit, la population sujette à une lombalgie chronique a des particularités comparables à celle vivant avec une migraine chronique. Dans ce sens, il est possible de supposer qu'une modalité d'intervention démontrant des changements significatifs auprès de la clientèle de douleurs chroniques engendra des résultats semblables auprès des individus lombalgiques, mais cela reste à être démontré empiriquement.

Toutefois, certaines limites à la généralisation des résultats existent en ce qui a trait à la phase de douleur des participants. En fait, ces dernières recherches ont évalué

l'effet de l'enseignement de l'auto-prise en charge sur des personnes avec de la douleur chronique. Or, le but du présent essai s'inscrit plutôt dans une volonté de prévenir la chronicisation de la douleur auprès de la clientèle ayant une lombalgie aiguë. À la lumière des études portant sur le site web par exemple, il demeure impossible de conclure que cette modalité engendra les mêmes résultats auprès d'une population en douleur aiguë. Toutefois, cette modalité a montré un effet considérable sur la dépression, l'anxiété et le stress ainsi que sur la perception d'incapacité (fonctionnement au quotidien). Ces dernières variables s'avèrent d'ailleurs déterminantes dans le processus de chronicisation de la douleur (Fayad & coll., 2004). Alors que l'enseignement de l'auto-prise en charge à l'aide d'un site Internet permet d'atténuer les symptômes d'une douleur chronique, pourrait-il aider à prévenir leur développement? Considérant que l'enseignement de l'auto-prise en charge en groupe s'avère prometteur pour prévenir la chronicité de la lombalgie (Damush & coll., 2003^b; Linton & Nordin, 2006, p. 857), il peut être pertinent d'estimer qu'il y aura un effet même si cet enseignement est diffusé par un autre média. D'autant plus, les études menées sur la clientèle en douleur chronique ciblent par leur nature les individus qui auraient préalablement été identifiés comme étant à haut risque d'incapacités prolongées. Or, cette identification n'est toujours pas parfaite à ce jour auprès des personnes en douleur aiguë, alors que celles-ci correspondent précisément aux individus à cibler rapidement pour prévenir le développement d'une douleur chronique. Considérant qu'une condition chronique devient plus difficile à traiter, les individus bénéficiant du site web en phase chronique en auraient possiblement davantage profité lorsque leur douleur était à la phase aiguë.

Enfin, une autre limite possible à la généralisation des résultats concerne l'étude de Williams et ses collègues (2010). Les participants de cette recherche incluent un nombre important d'individus ayant une comorbidité psychiatrique telle qu'un trouble anxieux généralisé, un trouble de la personnalité ou une dépression majeure. Bien que le diagnostic apparaisse souvent lorsque l'individu est en phase chronique de douleur, il apparaît que le trouble était déjà présent en phase aiguë et a simplement été exacerbé par le temps empreint de douleur incessante (Houle, 2012). Dans ce sens, les résultats de cette étude pourraient être transposables à la clientèle en douleur aiguë ayant des traits de personnalité similaires.

7.5. Faisabilité clinique pour prévenir la lombalgie chronique

Tels que discuté ci-haut, les trois types de modalités d'intervention, soit le site web, l'enregistrement vidéo et le livret de promotion de l'auto-prise en charge présentent chacun des avantages et des limites quant à leur accessibilité pour les clients, leur applicabilité en soins de santé primaires et leur efficacité. À la lumière de ces informations, il devient possible de proposer une avenue pour intégrer une combinaison de ces dernières modalités d'intervention dans le contexte actuel des soins de santé primaires afin de prévenir le développement de la lombalgie chronique. En effet, l'utilisation d'un site web interactif proposant l'enseignement de l'auto-prise en charge adapté au client, c'est-à-dire en utilisant différents formats éducatifs (textes, vidéos,

etc.), s'avère une voie intéressante. Cette modalité d'intervention pourrait d'ailleurs être combinée à un suivi régulier avec un professionnel de la santé afin d'assurer la compréhension de l'individu de l'enseignement fait et valider les connaissances acquises. Si la réalisation autonome des modules d'apprentissages a lieu en milieu clinique, le thérapeute s'assure également que le client complète les séances et lui procure l'accessibilité nécessaire peu importe la condition financière de la personne. Dans ce sens, selon l'entente entre le thérapeute et le client, des modules peuvent être accomplis par le client au préalable du suivi avec le professionnel de la santé où celui-ci peut répondre aux questions du client. De plus, l'utilisation d'un site web commun à travers les différents professionnels de la santé permettrait d'adopter un discours cohérent et uniforme. Ce dernier point représente d'autant plus un aspect important considérant que les clients reçoivent actuellement plusieurs conseils et informations parfois contradictoires par rapport à leur condition médicale de la part des professionnels, de la famille ou des informations disponibles sur le web ou transmises à la télévision (McIntosh & Shaw, 2002, p. 24). Or, cette confusion complique la recherche de l'information juste et fiable pour les usagers et transparait dans leur capacité d'auto-prise en charge.

7.6. Pertinence clinique

La réadaptation au travail représente une voie de recherche de plus en plus convoitée qui vise à prévenir ou réduire les risques qu'un travailleur soit en incapacités

prolongées (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail [IRSST], 2010). Or, le présent essai s'inscrit ainsi dans les sujets de recherche prédominants actuellement. L'utilisation d'un site web interactif adapté à la clientèle ayant une lombalgie aiguë pour l'enseignement de l'auto-prise en charge, de façon combinée à un suivi professionnel, s'avère une avenue prometteuse et novatrice afin de prévenir la chronicité de la douleur et les incapacités. En plus, cette voie apparaît accessible pour le client, applicable pour le thérapeute et montre une certaine efficacité.

L'enseignement de l'auto-prise en charge est très peu offert en soins de santé primaires ou celui-ci est fait par des professionnels n'ayant pas d'expérience dans le secteur de réadaptation auprès d'individus à risque d'incapacités (McColl & Dickenson, 2009, p. 48). Dans ce sens, ce rôle émergent pourrait être accompli par un ergothérapeute considérant son approche centrée sur le client. Cette vision de la réadaptation transparaît d'ailleurs dans un sondage réalisé auprès d'ergothérapeutes en Australie travaillant auprès d'individus en douleur (Brown, 2002). Ces professionnels de la santé identifient de façon constante que l'enseignement de l'auto-prise en charge doit faire partie de la réadaptation auprès de cette clientèle (Brown, 2002, p. 402). Ce résultat est plutôt prévisible considérant qu'il provient de la valeur centrale de l'ergothérapie soit faciliter l'occupation, c'est-à-dire collaborer avec le client afin de choisir, organiser et engager l'individu dans ses occupations significantes dans son environnement propre (Brown, 2002, p. 402). De plus, selon le Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada, l'ergothérapeute doit continuellement rehausser ses compétences afin

d'employer des approches encourageant le client à la prise de décision partagée ainsi que d'utiliser des méthodes d'enseignement efficaces selon les besoins du client (Association Canadienne des Ergothérapeutes [ACE], 2007, p. 10; 14). Enfin, l'ergothérapeute doit également encourager ses clients à préciser ses croyances et ses attentes dans le but de faire une évaluation complète des exigences occupationnelles ainsi que des facteurs environnementaux et personnels pouvant interférer avec le rendement occupationnel de l'individu (ACE, 2007, p. 9). En somme, par la nature de sa profession, l'ergothérapeute s'avère bien outillé pour promouvoir l'enseignement de l'auto-prise en charge, tel que décrit par Bodenheimer et ses collègues (2002, p. 2470-2471) qui dressent les contrastes entre l'enseignement biomédical et celui de l'auto-prise en charge par et pour le client.

A contrario, les professionnels de la santé les plus enclins à travailler auprès des individus ayant une lombalgie aiguë, soit les physiothérapeutes, maintiennent une approche biomédicale et tendent à être en désaccord avec les recommandations probantes pour la lombalgie aiguë (Côté, 2008, p. 133; Derghazarian & Simmonds, 2011, p. 468). Cependant, cette orientation peut influencer le développement d'incapacité chronique chez les individus plus à risque (Derghazarian & Simmonds, 2011, p. 471). Dans ce sens, l'approche biomédicale est souvent perçue comme un obstacle à la mise en place d'une approche holistique par la divergence de valeurs professionnelles. Pourtant, la réconciliation entre ces approches permettrait d'offrir des soins de santé optimaux (McColl & Dickenson, 2009, p. 21). Il serait ainsi préférable

d'intégrer les ergothérapeutes dans la pratique actuelle des physiothérapeutes afin de collaborer et de prévenir le développement de la lombalgie chronique chez les individus à risque dès les premiers signes de douleur.

En résumé, l'enseignement de l'auto-prise en charge à l'aide d'un site web interactif pour la clientèle ayant une lombalgie aiguë pourrait représenter une pratique émergente pour les ergothérapeutes. Ce rôle viendrait d'ailleurs combler les besoins des individus plus à risque de développer une lombalgie chronique qui nécessitent une approche plus holistique rapidement suite à la blessure (Foster, 2011, p.2). Pour ces derniers, l'enseignement de l'auto-prise en charge serait plus efficace que de simplement leur donner de l'information et serait possiblement moins dispendieux pour la société que les interventions usuelles (Bodenheimer & coll., 2002, p. 2474).

7.7. Forces et limites de l'essai critique

Cet essai propose une nouvelle avenue basée sur une recension des résultats probants pour intervenir de façon précoce auprès des individus ayant une douleur lombaire aiguë qui apparaît faisable et pertinente cliniquement pour les professionnels de la santé. Toutefois, la majorité des études de cet essai comprend des participants déjà en douleur chronique, ce qui limite la généralisation des résultats à une clientèle en douleur aiguë. Ce phénomène s'explique par le fait que peu d'études expérimentent l'enseignement de l'auto-prise en charge comme modalité thérapeutique en phase aiguë

de douleur pour prévenir la chronicité. La modalité d'intervention proposée dans cet essai nécessite ainsi une étude expérimentale plus approfondie pour vérifier son efficacité réelle pour prévenir la lombalgie chronique chez les individus à risque.

8. CONCLUSION

Le présent essai critique s'est intéressé à explorer les modalités d'intervention probantes permettant l'enseignement de l'auto-prise en charge auprès de la clientèle souffrant d'une lombalgie aiguë. Tout bien considéré, l'utilisation d'un site web interactif combinant différents formats éducatifs apparaît être une solution intéressante pour prévenir la chronicisation de la lombalgie. D'autant plus, cette modalité d'intervention semble accessible pour les clients, applicable dans le contexte actuel des soins de santé primaires et montre une certaine efficacité à tout de moins auprès d'une clientèle chronique. L'apport de cet essai réside dans la proposition d'une avenue faisable et pertinente *apriori* cliniquement, soit l'utilisation d'un site web interactif combinée à un suivi régulier avec un ergothérapeute dès les premiers signes de douleur afin de prévenir son évolution en lombalgie chronique.

Toutefois, une approche basée sur l'enseignement de l'auto-prise en charge comporte certaines limites. En fait, les individus recevant ce type d'intervention sont plus sujets à abandonner le traitement que les individus des groupes contrôles (voir le Tableau 7 à l'Annexe D) (Bromberg & coll., 2011; Chiauzzi & coll., 2010; Damush & coll., 2003a; 2003b). Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que certaines personnes ont davantage confiance en les soins prodigués par des professionnels de la santé que par leur capacité à gérer leur condition médicale (McColl & Dickenson, 2009, p. 54). Autrement dit, certains individus ne souhaitent pas être responsables de leur propre santé

et préfèrent être traités selon une approche biomédicale où le professionnel dicte les actions à poser (McColl & Dickenson, 2009, p. 54). Pourtant, cette attitude ne fait qu'alimenter la dépendance envers le système de santé. Dans cette circonstance, une approche basée sur l'enseignement de l'auto-prise en charge ne stimule pas ces derniers à s'engager dans le processus de réadaptation.

Dans ce sens, il apparaît pertinent de se questionner à savoir si les individus plus à risque d'incapacités prolongées se regroupent également avec ceux peu enclins à prendre en charge leur condition de santé. En outre, certains auteurs se sont intéressés à identifier le profil des individus pouvant s'avérer moins conciliants par rapport à l'enseignement de l'auto-prise en charge (Kerns, Wagner, Rosenberg, Haythornthwaite & Caudill-Slosberg, 2005; Or & coll., 2011). D'une part, Or et ses collègues rapportent que les individus ont plus tendance à utiliser une modalité d'intervention, telle qu'un site web interactif, lorsqu'ils la perçoivent utile pour améliorer leur capacité à se prendre en charge (2011, p.56). D'ailleurs, ils notent que les participants ayant déjà une bonne connaissance de leur état de santé sont d'autant plus portés à l'utiliser (2011, p.56). À l'inverse, les individus ayant moins de connaissances sur leur état de santé sont moins portés à utiliser un site web interactif proposant l'enseignement de l'auto-prise en charge (Or & coll., 2011, p.56). Les auteurs expliquent ces résultats en supposant que ces derniers présentent une faible perception de leur efficacité personnelle pour gérer leur condition médicale (Or & coll., 2011, p.56). D'autre part, Kerns et ses collègues (2005) se sont plutôt intéressés à déterminer les profils des individus en fonction du *Pain Stages*

of Change Questionnaire (PSOCQ). Ces auteurs ont classé les participants dans cinq catégories; « précontemplation », « contemplation », « participation », « action non contemplative », « ambivalence ». Selon leurs résultats, ils notent que les individus en « précontemplation » et « contemplation » représentent ceux pouvant le plus bénéficier de l'enseignement de l'auto-prise en charge (Kerns & coll., 2005, p. 308). Pour le groupe « participation », les individus ont tendance à généralement bien s'engager et à être actifs dans la réadaptation. Ils se montrent aussi intéressés à adopter de nouvelles stratégies pour gérer leur douleur (Kerns & coll., 2005, p. 308). Toutefois, les auteurs notent que les individus dans la catégorie « action non contemplative » représentent ceux pouvant être les plus réticents à s'engager dans l'enseignement de l'auto-prise en charge. En fait, ces derniers se montrent plus ouverts à une approche biomédicale et démontrent peu d'intérêts à modifier leurs stratégies de gestion de la douleur (Kerns & coll., 2005, p. 308). Enfin, les individus dans le groupe « ambivalence » peuvent également représenter un défi. Par contre, il serait plus facile de les engager dans l'enseignement de l'auto-prise en charge lorsqu'il est clair que cette modalité est complémentaire à une approche biomédicale (Kerns & coll., 2005, p. 308).

En somme, ces dernières études peuvent représentées une piste pour de prochaines recherches. Est-ce qu'il peut s'avérer pertinent d'évaluer le niveau d'efficacité personnel ou le stade de changement des clients avant de proposer l'enseignement de l'auto-prise en charge? Aussi, de futures études sont nécessaires afin d'identifier les facteurs pouvant nuire à l'engagement d'un individu dans l'enseignement

de l'auto-prise en charge. Enfin, il pourrait également être pertinent de connaître des moyens pour favoriser l'engagement des personnes plus réticentes à l'enseignement de l'auto-prise en charge afin d'obtenir de meilleurs résultats cliniques et supporter la pratique des professionnels de la santé œuvrant auprès de cette clientèle parfois considérée difficile.

RÉFÉRENCES

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé*. Rapport préparé par Patricia L. Dobkin et Lucy J. Boothroyd (AETMIS 06-04). Montréal ; AETMIS, 97 p.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa, CAOT Publications ACE, 33 p.
- Bender, J., Radhakrishnan, A., Diorio, C., Englesakis, M., & Jadad, A. (2011). Can pain be managed through the Internet? A systematic review of randomized controlled trials. *Pain*, 152(8), p. 1740-1750.
- Bernèche, F. & Perron, B. (2005). *La littératie au Québec en 2003 : faits saillants, Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA), 2003*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 12 p.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *American Medical Association*, 288 (19), p. 2469-2475.
- Bromberg, J., Wood, M. E., Black, R. A., Surette, D. A., Zacharoff, K. L., & Chiauzzi, E. J. (2011). A Randomized Trial of a Web-Based Intervention to Improve Migraine Self-Management and Coping. Headache: *The Journal Of Head & Face Pain*, 52(2), p. 244-261.
- Brown, C. (2002). Occupational therapists' beliefs regarding treatment options for people with chronic pain. *British Journal Of Occupational Therapy*, 65(9), p. 398-404.
- Bussièrès, P. & Brual, J. (2001). *Les agents physiques en réadaptation*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 325 p.
- Chenot, J., Leonhardt, C., Keller, S., Scherer, M., Donner-Banzhoff, N., Pfingsten, M., Basler, H.D., Baum, E., Pfingsten, M.M. & Becker, A. (2008). The impact of specialist care for low back pain on health service utilization in primary care patients: a prospective cohort study. *European Journal Of Pain*, 12(3), p. 275-283.
- Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P., Boulanger, A., Clark, A., Gordon, A., Guerrière, D., Guertin, M.-C., Intrater, H., Lefort, S., Lynch, M., Moulin, D., Ong-Lam, M., Racine, M., Rashiq, S., Shir, Y., Taenzer, P. & Ware,

- M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal Of Anaesthesia, Journal Canadien D'anesthésie*, 57(6), p. 539-548.
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). (2007). *Recherche et analyse documentaires visant la réalisation d'un rapport d'évaluation et d'un avis préliminaire. Guide méthodologique*. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie et de la performance, p. 42-44; 74-76.
- Chiauzzi, E., Pujol, L. A., Wood, M., Bond, K., Black, R., Yiu, E., & Zacharoff, K. (2010). PainACTION-Back Pain : A self-management website for people with chronic back pain. *Pain medecine*, 11, p. 1044-1058.
- Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). (2011). *Statistiques sur les affections vertébrales : 2007-2010*. Document préparé par le Service de la Statistique. Banque National du Québec ISBN: 978-2-550-62256-7 (PDF). 29 p.
- Côté, A.-M. (2008). *Études qualitatives des obstacles et des leviers à l'utilisation du guide de pratique « Clinique des Lombalgies Interdisciplinaires en Première ligne (CLIP) » par les physiothérapeutes québécois*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 502 p.
- Dahl, J. C. & Nilsson, A. (2001). Evaluation of randomized preventive behavioural medicine work site intervention for public health workers at risk for developing chronic pain. *European Journal of Pain*, 5(4), p. 421-432.
- Damush, T., Weinberger, M., Perkins, S., Rao, J., Tierney, W., Qi, R., & Clark, D. (2003a). Randomized trial of a self-management program for primary care patients with acute low back pain: short-term effects. *Arthritis And Rheumatism*, 49(2), p. 179-186.
- Damush, T., Weinberger, M., Perkins, S., Rao, J., Tierney, W., Qi, R., & Clark, D. (2003b). The long-term effects of a self-management program for inner-city primary care patients with acute low back pain. *Archives Of Internal Medicine*, 163(21), p. 2632-2638.
- Derghazarian, T. & Simmonds, M.J. (2011). Management of low back pain by physical therapists in Quebec : How are wo doing? *Physiotherapy Canada*, 63(4), p. 464-473.

- Du Bois, M. & Donceel, P. (2008). A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. *Europe spine journal*, 17(3), p. 380-385.
- Fayad, F., Lefevre-Colau, M., Poiraudau, S., Fermanian, J., Rannou, F., Wlodyka Demaille, S., Benyahya, R. & Revel, M. (2004). Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors. *Annales de réadaptation et de médecine physique: Revue scientifique de la société française de rééducation fonctionnelle de réadaptation et de médecine physique*, 47(4), p.179-189.
- Foster, N. E. (2011). Barriers and progress in the treatment of low back pain. *BMC Medecine*, 9(108), p. 1-5.
- Gatchel, R. J., Polatin, P. B., Noe, C., Gardea, M., Pulliam, C., & Thompson, J. (2003). Treatment- and cost-effectiveness of early intervention for acute low-back pain patients: a one-year prospective study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(1), p. 1-9.
- Grangaard, L. (2006). Low back pain. Dans Pendleton, H.M. & Schultz-Krohn, W., *Pedretti's occupational therapy practice skills for physical dysfunction* 6th ed. St. Louis, Mosby Elsevier, p. 1036-1055.
- Godges, J.J., Anger, M.A., Zimmerman, G. & Delitto, A. (2008). Effects of education on return-to-work status for people with fear-avoidance beliefs and acute low back pain. *Physical Therapy*, 88(2), p. 231-239.
- Guerriere, D., Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Stafford-Coyte, E., Zagorski, B., Banner, R., Barton, P., Boulanger, A., Clark, A., Gordon, A., Guertin, M.-C., Intrater, H., Lefort, S., Lynch, M., Moulin, D., Ong-Lam, M., Racine, M., Rashiq, S., Shir, Y., Taenzer, P & Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project - Part 2: What is the cost on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal Of Anaesthesia , Journal Canadien D'anesthésie*, 57(6), p. 549-558.
- Houle, M. (2012). Les enjeux en lien avec le traitement de la douleur chronique. Document préparé dans le cadre de la formation annuelle des ergothérapeutes pour Réadaptation Universelle le 2012-04-28.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). IASP Taxonomy, repéré à : <http://www.iasp-pain.org>

- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). (2010). Priorités de recherche : Réadaptation au travail, repéré à : <http://www.irsst.qc.ca/intro-readaptation.html>
- Janke, E. A., Spring, B., & Weaver, F. (2011). The effect of message framing on self-management of chronic pain: A new perspective on intervention? *Psychology & Health*, 26(7), p. 931-947.
- Kerns, R., Wagner, J., Rosenberg, R., Haythornthwaite, J., & Caudill-Slosberg, M. (2005). Identification of subgroups of persons with chronic pain based on profiles on the pain stages of change questionnaire. *Pain*, 116(3), p. 302-310.
- Laisné, F. (2011). *Les déterminants biopsychosociaux de la réadaptation de travailleurs accidentés du travail*. Montréal, Université de Montréal, 304 p.
- Linton, S. J., & Andersson, T. (2000). Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine*, 25(21), p. 2825-2831.
- Linton, S. J., Boersma, K., Jansson, M., Svärd, L., & Botvalde, M. (2005). The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial. *The Clinical Journal Of Pain*, 21(2), p. 109-119.
- Linton, S.J. & Nordin, E. (2006) A 5-years follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive behavioral intervention for back pain : a randomized, controlled trial. *Spine*, 31(8), p. 853-858.
- Little, P., Roberts, L., Blowers, H., Garwood, J., Cantrell, T., Langridge, J. & Chapman, J. (2001). Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain... including commentary by Thomas E. *Spine*, 26(19), p. 2065-2072.
- Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-management education : History. Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals behavioral medicine*, 26(1), p. 1-7.
- Macea, D., Gajos, K., Daglia Calil, Y., & Fregni, F. (2010). The efficacy of web-based cognitive behavioral interventions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal Of Pain*, 11(10), p. 917-929.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur*. Montréal, Chenelière Education, 378 p.

- McColl, M. A. & Dickenson, J. (2009). *Inter-professional primary health care : Assembling the pieces*. Ottawa, CAOT Publications ACE, 92 p.
- McIntosh, A. & Shaw, C. (2002). Barriers to patient information provision in primary care : patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. *Health expectations*, 6, p. 19-29.
- McGowan, P. (2005). Self-Management : A background paper. Victoria, University of Victoria, repéré à :
http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/documents/What_is_Self-Management.pdf
- Or, C., Karsh, B., Severtson, D., Burke, L., Brown, R., & Brennan, P. (2011). Factors affecting home care patients' acceptance of a web-based interactive self-management technology. *Journal Of The American Medical Informatics Association*, 18(1), p. 51-59.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnel : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherche qualitative*, 27(2), p. 133-155.
- Pransky, G.S., Verma, S.K., Okurowski, L. & Webster, B. (2006). Length of disability prognosis in acute occupational low back pain. *Spine* 31(6), p. 690-697.
- Polatajko, H.J., Townsend, E.A., & Craik, J. (2008). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dans Townsend, E.A. & Polatajko, H.J., *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa, CAOT Publications ACE, p. 27.
- Ramage-Morin, P.L. & Gilmour, H. (2010). Douleur chronique chez les personnes de 12 à 44 ans. *Statistique Canada, n°82-003-XPF, Rapport sur la santé* 21(4), p. 1-9.
- Rossignol, M. & Arsenault, B. (2006). *Guide de pratique : Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne (CLIP)*. Montréal, Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), 43 p.
- Ruehlman, L. S., Karoly, P. & Enders, C. (2011). A randomized controlled evaluation of an online chronic pain self-management program. *Pain*, 153(2012), p. 319-330.
- Soucisse, F. (1990). Animation et alphabétisation [ressource électronique] : guide pratique. Montréal, Regroupement des groupes populaires en alphabétisation du Québec, repéré à :
<http://bv.cdeacf.ca/bvdoc.php?no=2681&col=RA&format=htm#footnote-4>

- Truchon, M., Fillion, L., Truchon, G., Dionne, C., Arsenault, B. & Viau, C. (2007). *Les déterminants de l'incapacité liés à la lombalgie*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), 108 p.
- Williams, D., Kuper, D., Segar, M., Mohan, N., Sheth, M., & Clauw, D. (2010). Internet-enhanced management of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Pain*, 151(3), p. 694-702.

ANNEXE A

Tableau 3

Facteurs de risque de chronicité de la lombalgie

FACTEURS INDIVIDUELS	
Facteurs médicaux et démographiques	Niveau de preuve
Antécédents de lombalgie	***
Âge élevé	***
Mauvaise condition de santé générale	**
Antécédent de chirurgie lombaire	**
Sexe féminin	**
Absence de la pratique de sport	*
Début brutal de la lombalgie	*
Présence d'une autre douleur	*
Limitation pour soulever des poids de plus de 15 kg	*
Manque d'énergie	*
Caractéristiques cliniques	Niveau de preuve
Sévérité de l'incapacité fonctionnelle	***
Durée de l'épisode de lombalgie	***
Sciaticque (douleur irradiant au-delà du genou)	***
Sévérité de la douleur	**
Avis global du médecin sur le risque de chronicité	**
Présence d'une raideur lombaire	*
Indice de masse corporelle élevé	*
Spécificité du diagnostic clinique	*
Caractéristiques psychologiques	Niveau de preuve
Mauvais statut psychologique global	**
Dépression	**
Mauvaise capacité d'adaptation	**
Peurs et croyances face à la relation entre l'activité physique et la lombalgie	*
Facteurs socioculturels	Niveau de preuve
Statut social non satisfaisant	**
Faible niveau de scolarité	*
Insatisfaction pendant ses activités de loisir	*
Nombre élevé d'enfants	*
Statut parental (célibataire)	*
Divorcé ou veuf	*
Charge élevée de travail domestique	*
FACTEURS PROFESSIONNELS	
Facteurs psychosociaux	Niveau de preuve

Insatisfaction au travail	***
Absence d'un poste de travail aménagé	**
Faible qualification professionnelle	**
Arrêt de travail > 8 jours	**
Indemnités de remplacement de revenu	**
Inadéquation du salaire	**
Charge élevée de travail	*
Stress au travail	*
Facteurs physiques	Niveau de preuve
Mauvaise posture de travail	**
Durée du port d'une charge	**
Légende : *** : fort niveau de preuve scientifique, ** : niveau de preuve scientifique intermédiaire, * : faible niveau de preuve scientifique	

Tableau 4
Facteurs aggravants²

FACTEURS INDIVIDUELS
Facteurs médicaux et démographiques
Absentéisme professionnel
Médicalisation
Indemnités de remplacement du revenu
Sciatique (douleur irradiant au-delà du genou)
FACTEURS PROFESSIONNELS
Facteurs physiques
Flexion du tronc de plus de 60° pendant les tâches de l'emploi
Fayad, F. & coll. (2004). Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors. <i>Annales de réadaptation et de médecine physique: Revue scientifique de la société française de rééducation fonctionnelle, de réadaptation et de médecine physique</i> , 47(4), p.179-189.

² En présence de facteurs de risque de chronicité de la lombalgie, les facteurs aggravants sont des éléments augmentant la gravité ou la sévérité d'une situation, c'est-à-dire que ces facteurs exacerbent les facteurs de risque existant menant à la chronicité de la douleur.

ANNEXE B

Devis proposés par Paillé (2007, p.134-138)

1) Étude de document (devis 1) :

- Opérationnalisation des questions de recherche
- Choix du corpus à examiner
- Collecte de document
- Étude des documents
- Synthèse des réponses aux questions
- Analyse critique des résultats
- Mise en forme finale des résultats

2) Répertoire de pratiques (devis 2) :

- Délimitation de l'aire couverte
- Détermination des axes typologiques
- Recueil/observation
- Classification
- Approfondissement selon les axes typologiques
- Schématique et finalisation

3) Analyse de matériel pédagogique (devis 3) :

- Explication du cadre conceptuel ou de la grille d'analyse
- Déconstruction du matériel
- Analyse
- Évaluation du matériel
- Analyse critique de l'évaluation
- Mise en forme finale

Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnel : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherche qualitative*, 27(2), p.133-155.

ANNEXE C

Tableau 5

Grille d'évaluation de la qualité des études – Essai randomisé

1. OBJECTIF	
1.1	Est-ce que l'objectif principal de l'article est énoncé en spécifiant le problème, l'intervention, la population et les résultats?
2. PARTICIPANTS	
2.1	Est-ce que les caractéristiques de la population visée sont décrites (âge, sexe, statut socio-économique, condition de santé, co-morbidité, antécédents, etc.)?
2.2	Est-ce que les critères d'éligibilités sont spécifiés?
2.3	Est-ce que le taux de participation est défini et adéquat (préciser le seuil)?
2.4	Au début de l'essai, est-ce que les groupes de traitement et de contrôle sont comparables?
2.5	Est-ce que le nombre de participants est suffisant pour assurer la puissance statistique de l'étude?
3. MÉTHODOLOGIE	
3.1	Est-ce que l'assignation des sujets aux groupes de traitement est randomisée selon une méthode appropriée?
3.2	Est-ce que l'assignation est faite à l'insu des chercheurs?
3.3	Est-ce que l'assignation est faite à l'insu des participants?
3.4	Est-ce que l'administration de l'intervention est faite à l'insu de l'intervenant?
3.5	Est-ce que l'évaluation des résultats est faite à l'insu des chercheurs?
3.6	Est-ce que le moment choisi pour effectuer la mesure des résultats est spécifié?
3.7	Est-ce que tous les résultats sont mesurés de façon standardisée, valide et fiable?
4. INTERVENTION ET COMPARAISON	
4.1	Est-ce que l'intervention ciblée est décrite (dosage, mode d'administration ou de livraison, intervenant, paramètres)?
4.2	Est-ce que l'intervention alternative (contrôle) est décrite (placebo, autre traitement)?
4.3	Exception faite de l'intervention, est-ce que les groupes sont traités de la même façon?
4.4	Est-ce que l'adhésion au traitement (observance) est évaluée?
5. ANALYSE ET RÉSULTATS	
5.1	Est-ce que les résultats recherchés sont définis (résultats principaux et secondaires)?
5.2	Quel est le pourcentage de perte de sujets dans chaque groupe? Traitement _____% Contrôle _____%
5.3	Est-ce que les raisons pour la perte de sujets sont identifiées et est-ce qu'une comparaison des perdus de vue est faite entre les groupes?
5.4	Est-ce que les analyses incluent tous les sujets, tels que distribués initialement dans chaque groupe (intention to treat)?
5.5	Est-ce que des analyses de sensibilité ont été faites pour compenser pour les données

	manquantes?
5.6	Est-ce que les analyses statistiques sont appropriées?
5.7	Est-ce que les résultats sont présentés avec les intervalles de confiance ?
5.8	Si l'étude est multisite, est-ce que les résultats sont comparables dans tous les sites?
6. DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS	
Est-ce que les auteurs identifient les limites de leur étude en tenant compte des éléments suivants :	
6.1	• la puissance statistique (taille d'échantillon, taille d'effet, seuil de probabilité statistique)
6.2	• la taille d'effet obtenue
6.3	• la précision des intervalles de confiance
6.4	• la présence d'une relation dose-réponse (effet du traitement)
6.5	• la cohérence des résultats avec ceux d'autres études
6.6	• la plausibilité biologique
6.7	• la durée du suivi
6.8	Est-ce que les auteurs discutent de la généralisation possible des résultats à d'autres contextes ?
6.9	Est-ce que les conclusions de l'étude abordent les objectifs principaux?
6.10	Est-ce que les conclusions de l'étude sont cohérentes avec les résultats clés?
6.11	Est-ce que la possibilité d'un conflit d'intérêt est abordée?
7. ÉVALUATION GLOBALE DE LA QUALITÉ DE L'ÉTUDE	
7.1	Évaluation globale de la qualité de l'étude

Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). (2007). *Recherche et analyse documentaires visant la réalisation d'un rapport d'évaluation et d'un avis préliminaire. Guide méthodologique*. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie et de la performance, p.42-44.

ANNEXE D

Tableau 6

Évaluation de la qualité des études

	Bromberg & collègues, 2011	Chiauzzi & collègues, 2010	Damush & collègues, 2003a	Damush & collègues, 2003b	Janke & collègues, 2011	Little & collègues, 2001	Ruehlman, Karoly & Enders, 2011	Williams & collègues, 2010
1. OBJECTIF								
1.1	+	+	+	+	+	+	+	+
2. PARTICIPANTS								
2.1	+	+	+	+	?	+	+	+
2.2	+	+	+	+	+	+	+	+
2.3	+	-	-	-	-	+	-	+
2.4	+	+	+	+	+	+	+	+
2.5	+	?	?	?	?	+	?	+
3. MÉTHODOLOGIE								
3.1	+	+	+	+	+	+	+	+
3.2	+	+	+	+	+	+	+	+
3.3	+	+	+	+	+	+	+	+
3.4	-	-	-	-	-	-	-	-
3.5	-	-	-	-	-	-	-	-
3.6	+	/	+	+	+	+	+	+
3.7	+	+	+	+	+	+	+	+
4. INTERVENTION ET COMPARAISON								
4.1	+	+	+	+	+	+	+	+
4.2	+	+	+	+	+	+	+	+
4.3	+	+	+	+	+	+	+	+
4.4	+	+	+	+	-	+	+	+
5. ANALYSE ET RÉSULTATS								
5.1	+	+	+	+	+	+	+	+
5.2	Exp. : 45 % Cte : 18 %	Exp : 28 % Cte : 16 %	Exp : 27 % Cte : 18 %	Exp : 40 % Cte : 28 %	4 %	23 %	Exp : 47 % Cte : 53 %	Exp : 7 % Cte : 14 %
5.3	-	-	+	+	+	+	+	/

ANNEXE E

Tableau 7
Extraction des données

	TYPE D'ÉTUDE	PARTICIPANTS	INTERVENTIONS	RÉSULTATS
Bromberg & collègues, 2011	Étude randomisée	Clientèle : Migraine chronique Adulte [18-65 ans] États-Unis	GROUPE EXPÉRIMENTAL : Site Web (min :8 x 20) / Suivi par courriel 1) Connaissances sur migraine; 2) Habiletés d'auto- prise en charge de la migraine; 3) Gestion des émotions; 4) Habiletés de communication; 5) Connaissances sur la Rx	DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES : - <i>Détresse psychologique</i> (dépression et du stress) - <i>Dramatisation face à la douleur</i> - <i>Utilisation de stratégies d'adaptation actives</i> (relaxation, activation, exercices, support social) - <i>Efficacité personnelle</i> - <i>Amélioration générale de la condition</i>
	Avant- après avec groupe témoin 6 mois	Âge moyen : 42,6 Niveau de scolarité : ? Employé plein temps : 60 % ♀ : 89 % N (gr exp) : 92 N (gr cte) : 93	Contenu offert en différents formats : 1) Leçons; 2) Outils interactifs; 3) Auto-évaluation; 4) Partage des connaissances GROUPE CONTRÔLE : Traitement usuel : Maintien de la routine quotidienne	ABSENCE DE DIFFÉRENCE ENTRE LES GROUPES - <i>Incapacité due à la migraine</i>
Chiauzzi & collègues, 2010	Étude randomisée	Clientèle : Maux de dos chroniques Adulte [18-79 ans] États-Unis	GROUPE EXPÉRIMENTAL : Site Web (min :8 x 20) / Rappel par courriel 1) Prise de décision partagée avec les professionnels; 2) TCC; 3) Rétroaction motivationnelle; 4) Saines habitudes de vie	DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES : - <i>Détresse psychologique</i> (stress, anxiété, dépression) - <i>Utilisation de stratégies d'adaptation actives</i> (support social) - <i>Amélioration générale de la condition</i>
	Avant- après avec groupe témoin 6 mois	Âge moyen : 46,14 Niveau de scolarité : ? Employé temps-plein : 34,4 % ♀ : 67 % N (gr exp) : 104 N (gr cte) : 105	Contenu offert en différents formats : 1) Leçons; 2) Outils interactifs; 3) Auto-évaluation; 4) Articles GROUPE CONTRÔLE : Guide sur les maux de dos Anatomie du dos, causes et conditions associées, traitements, prévention, trucs pratiques, ressources additionnelles	ABSENCE DE DIFFÉRENCE ENTRE LES GROUPES - <i>Détresse psychologique</i> (comportement d'évitement de la douleur) - <i>Efficacité personnelle</i> - <i>Perception de la douleur</i> - <i>Amélioration de la capacité physique</i>

Damush et collègues, 2003a	Étude randomisée Avant-après avec groupe témoin 4 mois	Clientèle : Douleurs lombaires aiguës Adulte [18-82 ans] États-Unis Âge moyen : 45,4 Niveau de scolarité : 12 ans Employé temps-plein : 52,4 % ♀ : 71,7 % N (gr exp) : 105 N (gr cte) : 106	GROUPE EXPÉRIMENTAL : Cours en groupe (3) Matériel éducatif écrit en soutien au groupe Enregistrement des cours de groupe : Envoyé aux participants absents lors des cours de groupe; un employé s'assure que le participant a reçu l'enregistrement et répond aux questions Lettre de support médicale : Envoyée 2 jours après les cours en groupe; Encourage le participant à poursuivre la tx. Suivi téléphonique : Renforcement des cours de groupe à 4, 6, 8 semaines GROUPE CONTRÔLE : Traitement usuel : référence en pht, erg ou centre de neurochirurgie au besoin	DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES : - <i>Détresse psychologique</i> (Dépression, anxiété) - <i>Efficacité personnelle</i> - <i>Stratégies d'adaptation actives</i> (Étirement, renforcement, exercice aérobie) - <i>Peurs et évitements dus à la douleur</i> ABSENCE DE DIFFÉRENCE ENTRE LES GROUPES - <i>Amélioration de la capacité physique</i> - <i>Symptômes de douleur lombaire</i> Effet de la dose d'intervention pour les cours de groupe, mais peu d'effet de la dose d'intervention pour le suivi téléphonique par rapport au statut fonctionnel
Damush et collègues, 2003b	Étude randomisée Avant-après avec groupe témoin 12 mois			DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES : - <i>Détresse psychologique</i> (Dépression, anxiété) - <i>Amélioration de la capacité physique</i> - <i>Efficacité personnelle</i> - <i>Stratégies d'adaptation actives</i> (Étirement, renforcement, exercice aérobie) - <i>Peurs et évitements dus à la douleur</i> ABSENCE DE DIFFÉRENCE ENTRE LES GROUPES - <i>Symptômes de douleur lombaire</i>

Janke & collègues, 2011	Étude randomisée Avant-après avec groupe témoin	Clientèle : Douleurs chroniques Vétérans Adulte États-Unis Âge: 50 et + (87,1 %) Niveau de scolarité : 12 ans et + (64,5 %) Employé temps-plein : ? ♀ : 1.6 % N (gr exp) : 31 N (gr cte) : 31	GROUPE EXPÉRIMENTAL : Dépliant de promotion de l'auto-prise en charge de la douleur par un <u>message de gain</u> GROUPE CONTRÔLE : Dépliant de promotion de l'auto-prise en charge de la douleur par un <u>message de perte</u> Sujets : 1) Communication efficace avec les professionnels; 2) Relaxation; 3) Activités de loisir; 4) Promotion de saines habitudes de vie	DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES : - Le groupe de <u>message de perte</u> rapporte plus <i>intérêts aux messages</i> et en retire plus <i>d'apprentissage</i> comparativement au groupe de <u>message de gain</u> - Le groupe de <u>message de perte</u> rapporte <i>prévoir plus de pratiquer les techniques de relaxation</i> comparativement au groupe de <u>message de gain</u> ABSENCE DE DIFFÉRENCE ENTRE LES GROUPES - <i>Crédibilité du message</i> - <i>Parler à son médecin</i> - <i>Engager dans les occupations et les loisirs</i> - <i>Saines habitudes de vie</i>
Little & collègues, 2001	Étude randomisée Avant-après avec groupe témoin	Clientèle : Nouvel épisode de douleurs lombaires Adulte Royaume-Uni Âge moyen: 46 Niveau de scolarité : 6.7 ans depuis l'âge de 10 ans Employé temps-plein : 69 % ♀ : 57 % N exp. 1 : 63 N exp. 2 : 61 N exp. 3 : 56 N cte : 59	GROUPE EXPÉRIMENTAL : Conseil médical : 1) Faire de l'activité physique au moins 20 minutes, 3x/semaine. 2) Demande au client de lire de livret attentivement à la maison GROUPE CONTRÔLE : Traitement usuel : conseil médical de rester actif	DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES : -Effet modeste du conseil de faire des activités physiques régulières conjointement avec le livret sur le <i>Fonctionnement</i> , la <i>douleur</i> et la <i>satisfaction</i> comparativement aux autres groupes - Le livret et le conseil de faire des activités physiques régulières apportent un plus haut taux de <i>satisfaction</i> (quantité d'information reçue) que le groupe contrôle. - Le livret et le conseil de faire des activités physiques régulières apportent un plus haut taux d' <i>apprentissage</i> que le groupe contrôle.

Ruehlman, Karoly & Enders, 2011	Étude randomisée	Clientèle : Douleurs chroniques Adulte [19-78 ans]	GROUPE EXPÉRIMENTAL : <i>Site Web / Rappel par courriel ou messagerie textuelle</i>	DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES :
	Avant-après avec groupe témoin 14 sem.	États-Unis Âge moyen: 44,93 Niveau de scolarité : 70,8 % au moins collégial Employé temps-plein : 39 % ♀ : 64 % N (gr exp) : 162 N (gr cte) : 143	1) Plan d'apprentissage; 2) Modules d'apprentissages interactifs; 3) Établissement des buts; 4) Partage avec des pairs Comprenant des activités en ligne et hors ligne à l'aide de matériel didactique, exercices interactifs, vidéos, photos, outils d'autorégulation GROUPE CONTRÔLE : <i>Liste d'attente pour un programme multidisciplinaire de gestion de la douleur</i>	- <i>Sévérité de la douleur</i> - <i>Détresse émotionnelle</i> - <i>Perception des incapacités</i> - <i>Peurs dues à la douleur</i> - <i>Dramatisation face à la douleur</i> - <i>Connaissances sur la douleur</i> - <i>Détresse psychologique</i> (dépression, anxiété, stress) - <i>Fonctionnement quotidien</i> (interférence avec la vie sociale, sommeil, activités récréatives, tâches ménagères, travail) ABSENCE DE DIFFÉRENCE ENTRE LES GROUPES - <i>Fonctionnement quotidien</i> (Sexe, soins personnels, rôle parental, activité physique)
Williams & collègues, 2010	Étude randomisée	Clientèle : Fibromyalgie Adulte [38-62 ans]	GROUPE EXPÉRIMENTAL : <i>Site Web / aucun suivi ou rappel</i>	DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES :
	Avant-après avec groupe témoin 6 mois	États-Unis Âge moyen: 50 Niveau de scolarité : 70 % au niveau collégial Employé temps-plein : ? ♀ : 95 % N (gr exp) : 59 N (gr cte) : 59 Comorbidité Ψ : Dépression, Tr. panique, TAG, SSPT, TP.	13 modules comprenant : 1) Lectures éducatives sur la maladie; 2) Gestion des symptômes; 3) Adaptation du style de vie pour faire face à la maladie. Comprenant des vidéos, résumés des vidéos, devoirs et outils d'auto-régulation GROUPE CONTRÔLE : <i>Traitement usuel : consultation avec un médecin</i>	- <i>Intensité de la douleur</i> - <i>Statut fonctionnel</i> - <i>Habiletés d'auto-prise en charge</i> - <i>Satisfaction face à l'intervention reçue</i> ABSENCE DE DIFFÉRENCE ENTRE LES GROUPES - <i>Sommeil</i> - <i>Fatigue</i> - <i>Humeur</i>
Légende : Rx : Médication; N :Nombre; gr : groupe; exp :expérimental; cte :contrôle; tx :thérapie; ♀ :femme; pht : physiothérapie; erg :ergothérapie.				

